

## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
SIGLES ET ACRONYMES.....	3
AVANT PROPOS.....	8
RESUME.....	12
SUMMARY .....	13
INTRODUCTION GENERALE.....	14
PROBLEMATIQUE .....	16
METHODOLOGIE .....	22
PREMIERE PARTIE : CARACTERISTIQUES PHYSIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO- ECONOMIQUES DE LA COMMUNE I .....	32
CHAPITRE I : PRESENTATION ET CARACTERISTIQUES PHYSIQUES.....	33
CHAPITRE II : POPULATION ET INFRASTRUCTURES .....	49
DEUXIEME PARTIE : LA GEOGRAPHIE DE L’OFFRE DE SOINS DANS LA VILLE DE BAMAKO ET DANS LA COMMUNE I .....	85
CHAPITRE III : LE SYSTEME DE SANTE DU MALI .....	87
CHAPITRE IV : LA DESSERTE MEDICALE.....	100
TROISIEME PARTIE : LA GEOGRAPHIE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO .....	122
CHAPITRE V : LE TAUX D’UTILISATION .....	123
CHAPITRE VI : LE TAUX DE FREQUENTATION.....	145
CHAPITRE VII : CHOIX DU RECOURS .....	155
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	186
TABLE DES MATIERE.....	193
ANNEXE.....	198
LISTE DES PHARMACIES .....	199
Liste des centres de santé communautaire.....	198
LISTE DES CARTES .....	199
LISTE DES GRAPHIQUES .....	199
LISTE DES FIGURES ET IMAGE .....	203
LISTE DES TABLEAUX .....	203
LISTE DES PHOTOS .....	204

## SIGLES ET ACRONYMES

**ACI** : Agence de Cession Immobilière

**ADEMA/PASJ** : Alliance pour la Démocratie au Mali/ Parti Africain pour la Solidarité et la Justice

**AEP** : Alimentation en Eau Potable

**AES** : Adduction d'Eau Sommaire

**AMDQ** : Agence Municipale de Développement des Quartiers

**AS** : Aide Soignant

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ASACOBABA** : Association de Santé Communautaire de Banconi

**ASACOBOUL** : Association de Santé Communautaire de Boulkassoumbougou

**ASACODJE** : Association de Santé Communautaire de Djelibougou

**ASACODOU** : Association de Santé Communautaire de Doumanzana

**ASACOFADJI** : Association de Santé Communautaire de Fadjiguila

**ASACOKOSA** : Association de Santé Communautaire de Korofina Salémbougou

**ASACOMSI** : Association de Santé Communautaire de Sikoro

**ASACOSISOU** : Association de Santé Communautaire de Sikoro Sourakabougou

**AUA** : Agence d'Urbanisme et d'Aménagement

**BUPE** : Brigade d'Urbaine pour la Protection de l'Environnement

**CAF** : Centre d'Alphabétisation Fonctionnelle

**CAFE** : Centre d'Alphabétisation Féminine

**CAFO** : Coordination des Associations et ONG Féminines

**CAP** : Centre d'Animation Pédagogique

**CED** : Centre d'Education pour le Développement

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CPN** : Consultation Prénatale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.

**CSLP** : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

**CSREF** : Centre de Santé de Référence.

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DSUVA** : Direction du Service Urbain de Voirie et d'Assainissement

**DTP3** : Diphtérie –Tétanos - Polio

**EDM** : Energie du Mali

**E.Com** : Ecole Communautaire

**ES** : Ecole Spécialisée

**FAR** : Femme en Age de Reproduction

**FMI** : Fonds Monétaire International

**GIE** : Groupement d'Intérêt Economique

**G.PH** : Gérant Pharmacie

**GPS** : General Position System

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IB** : Initiative de Bamako

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IEC** : Information- Education-Communication

**IRA** : Infection Respiratoire Aigüe

**INPS** : Institut National de Prévoyance Sociale

**INRSP** : Institut National de Recherche en Santé Publique

**JNV** : Journée Nationale des Vaccinations

**MPR** : Mouvement Patriotique pour le Renouveau

**MST** : Maladies Sexuellement Transmissibles

**MT** : Matrone

**MUTEC** : Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture

**ND** : Non Déterminé

**OBS** : Infirmière Obstétricienne

**OMATHO** : Office Malienne du Tourisme et de l'Hôtellerie

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ORSTOM** : Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre- Mer

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**PMA** : Paquet Minimum d'Activités

**PMH** : Pompe à Motricité Humaine

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali

**PRM** : Président de la République du Mali

**PRODESS** : Programme de Développement Sanitaire et Social

**PTF** : Partenaire Technique et Financier

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

**R.N** : Route Nationale

**RP** : Route Principale

**RPM** : Rassemblement Pour le Mali

**R.T** : Route Tertiaire

**RTB** : Route Tertiaire Bitumée

**SACPN** : Service d'Assainissement, de Contrôle, des Pollutions et Nuisances

**SEP** : Sols- Eaux- Plantes

**S.F** : Sage Femme

**SIG** : Système d'Information Géographique

**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire

**SNV** : Organisation Néerlandaise de Développement

**SOTRAMA** : Société des Transports du Mali

**SSP** : Soins de Santé Primaires

**T.Lab** : Technicien de Laboratoire

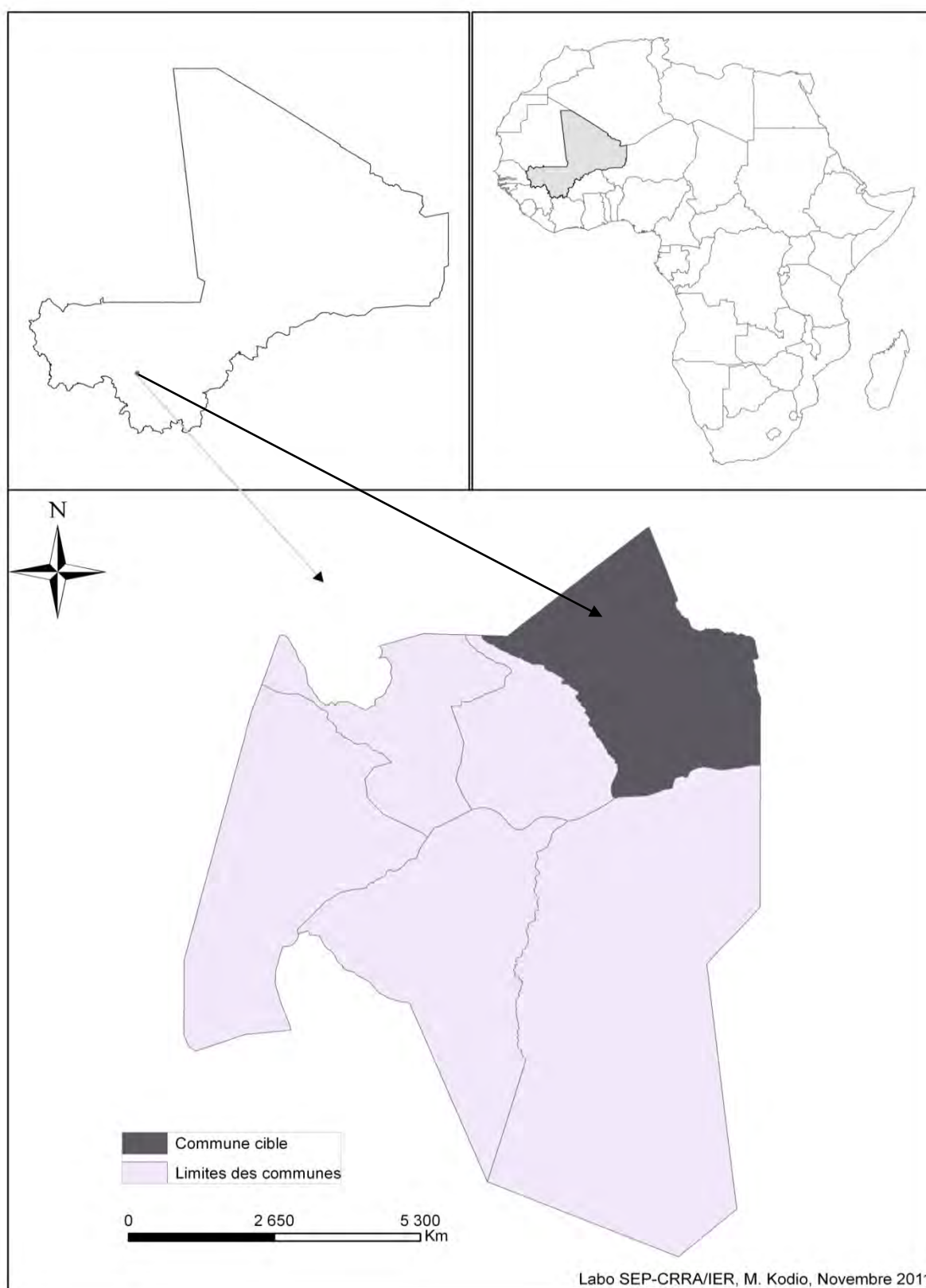
**T.S** : Technicien Supérieur

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**USAID**: United States Agency for International Development

**WHO**: World Health Organization

**Carte 1 : Localisation N°1 de la commune I du district de Bamako**



## AVANT PROPOS

Ce travail rentre dans le cadre de notre Master en « Environnement-Territoires-Populations et Santé » (ETPS) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar sous la codirection du Professeur Gérard SALEM et du Docteur Aminata NIANG DIENE avec la collaboration du Docteur Mamy SOUMARE, maître assistant à l'Université de Bamako.

Le choix de la géographie des soins se veut original. En effet, il vise à comprendre le processus de répartition des centres de santé dans la ville de Bamako et leur utilisation par la population notamment ceux de la Commune I. Il permet à travers l'étude des centres de santé dans deux quartiers différents de faire ressortir les effets de l'organisation du système de santé dans une localité et ses répercussions sur la santé de la population et au travers de celui-ci le système de soins.

*« Il permet de situer les problèmes de santé dans l'espace et de définir les bases d'une politique sanitaire prenant en compte les interactions entre le milieu, le système de soins et l'état de santé des populations » (SALEM, 1995).*

Au terme de ce travail, nous tenons d'abord à adresser nos remerciements sincères à :

- ALLAH le TOUT PUISSANT pour nous avoir donné longue vie, le courage et guidé nos pas vers ETPS ;
- nos deux parents qui nous ont prématurément quittés. Nous prions pour le repos de leur âme et qu'ALLAH les accueille dans son paradis éternel ;
- A notre tante Kadiatou TEMBELY qui nous a inscrit à l'école ;
- au Professeur SALEM qui a accepté de diriger ce travail malgré ses multiples occupations. Vous nous avez montré que la géographie est une discipline de terrain et une discipline à la frontière de tous à travers votre rigueur scientifique et la qualité de vos analyses.

Nous remercions le docteur Aminata NIANG DIENE, responsable du Master ETPS pour tout ce que vous faites. Vous êtes toujours à l'écoute de vos étudiants et vous avez mis tout à notre disposition pour la réussite de ce travail. Vos multiples occupations ne vous ont pas empêché de suivre ce travail du début à la fin et d'apporter toujours vos critiques et suggestions. Vous nous avez fait aimer la géographie de la santé et surtout la géographie des soins à travers vos enseignements simples et pratiques. Nous vous exprimons notre profonde gratitude et nous vous serons toujours reconnaissant.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les professeurs du département de géographie et singulièrement ceux du master ETPS (Gérard Salem, Aminata Niang Diene, Fatou Maria DRAME, Samba N'DIAYE, Ibrahima SY, Cheick FALL, Yakham DIOP, Ibrahima SYLLA...) pour la qualité de l'enseignement réussi.

Nous sommes redevable au docteur Mamy SOUMARE qui a accepté de suivre ce travail et mis à notre disposition tout le matériel de l'unité SIG (Système d'Information Géographique) du laboratoire Sols, Eaux et Plantes (SEP) de l'Institut d'Economie Rurale (IER) de Sotuba (Bamako) et l'ensemble de ses stagiaires pour faciliter la réalisation de nos cartes. Nous vous réitérons notre entière reconnaissance.

Nos remerciements vont à l'endroit de Moriké DIAWARA, stagiaire au laboratoire SEP pour l'intérêt et l'appui qu'il a porté à l'étude.

Nous sommes redevable au médecin chef de la commune I, Docteur TRAORE qui a mobilisé tous les Centres de Santé de la Commune pour nous et l'ensemble de son personnel.

Nos vifs remerciements vont au :

- docteur MARIKO Aoua DIAKITE, médecin Directrice de l'ASACOBAN,
- docteur BERTHE Safiatou, médecin chef de l'ASACOBAN,
- docteur Moussa DIARRA, médecin chef du centre Chérifla,
- docteur DOUMBIA, médecin chef de l'ASACODJAN,
- docteur Samba TRAORE, médecin chef de l'ASACKO-NORD,
- monsieur Sidi SISSOKO, major de l'ASACKO-NORD,
- docteur Mamadou SANOGO, médecin chef du centre SAHDIA ;
- Mamadou FANE ; major de ASACOKOSA;
- au chef personnel du centre de référence pour sa disponibilité et son encouragement ;
- Au personnel du Centre pour le Développement du Vaccin de l'ASOCOBAN qui ont accepté de mettre leur salle à ma disposition durant mon séjour.

Nous remercions sincèrement l'ensemble des personnels des différents CSCOM étudiés qui ont tout mis à notre disposition. Nous vous adressons notre profonde gratitude.

Nous exprimons nos remerciements aux présidents des différentes ASACO, aux chefs de quartiers et la mairie de la commune I pour leur collaboration et leur assistance.

Nous sommes redevable à Ibrahima SIDIBE qui nous a assisté du début à la fin. Vous avez toujours été un ami sincère. Nous vous serons toujours reconnaissant ;



Au personnel de Moha Computer de Korofina Nord, principalement à Souleymane TRAORE et Oumar DJIGUIBA pour nous avoir ouvert les portes de leur cyber gratuitement.

A Saïdou YALCOUYE et Seydou SOGOBA qui nous ont assistés lors de l'exploitation des registres et dans l'enquête auprès des patients ;

A monsieur Mamadou DIA, maitre assistant à l'Université de Bamako qui nous a encouragé de venir à Dakar, Tidiane KAREMBE pour son assistance durant notre séjour ;

A la Famille MANGARA, KA, FALL, Alioune GUEYE à Ouakam pour leur amitié ; à la famille DIANIFABA aux Parcelles Assainies Unité 2 pour leur accueil et leur générosité.

A tous les fidèles de la mosquée de Ouakam cité Avion;

A Yaya BAGAYOKO pour son appui et sa collaboration durant tous le processus, tu as toujours été mon meilleur confident et mon meilleur compagnon depuis l'Université de Bamako.

A Chaka KEITA, chauffeur de camion sur l'axe Bamako-Dakar pour sa générosité, son conseil et sa disponibilité ;

A Afou DEMBELE, Modibo DIARRA, Famakan KEITA, Babou COULIBALY pour leur assistance et leur encouragement à Dakar ;

A Tahirou KEITA, Lamine Diarra, pour leur appui ;

A Samba TEMBELY qui a accepté de nous prêter sa machine et son appareil photo numérique pendant l'enquête. Merci encore pour ton aide et ton soutien.

A Souleymane DIARRA, mon ami de tous les jours pour son soutien financier du début à la fin. Tu m'as toujours conseillé et appuyé financièrement dans la vie. Sans ton soutien, il aurait difficile voire impossible pour moi de faire ce master. Je te serai toujours reconnaissant.

Amidou KODIO, DIAWARA Fatoumata Madani SOW, Yacouba YALCOUYE, Nouradine Zakaria TOURE pour leur appui matériel et financier ;

A Fatoumata BENGALY qui m'a encouragé et réconforté durant tous le processus de ce master.

A Diaman DIANIFABA, pour son assistance du début à la fin. Vous avez toujours été à nos côtés, votre sens de la solidarité, votre modestie et votre respect pour le prochain nous a fortement touchés. Nous vous avons même surnommé monsieur pompier d'ETPS puisque vous étiez toujours là au moment opportun pour vous occuper de tout le monde. Nous vous serons éternellement reconnaissant et à travers vous, l'ensemble des étudiants du Master ETPS et singulièrement mes compagnons du CRDS (Cabinet de Recherche pour le Développement Sanitaire) Yaya KANE, Daouda DIA, Daouda M. DIOP, Abdoul Khadre THIOUNE, Bineta DIAGNE, mais également Aliou GOUDIABY, Ibrahima DIALLO, Mariam DIOP pour leur amitié et leur collaboration.

A Moussa M'BEGNOUGA pour la réalisation de la maquette ;

A tous mes parents, frères et sœurs (Mamadou KODIO, Aly KODIO, Boubacar KODIO, Ousmane KODIO, Salimata KODIO et Fatoumata KODIO), je suis content de l'amour et du soutien que vous m'apportez tous les jours.

Nos vifs remerciements vont à l'endroit de toutes les populations qui nous ont permis de recueillir les informations nécessaires à la rédaction du présent mémoire principalement les membres des « grins"<sup>1</sup> » et des associations féminines;

Et à tous ceux qui de près ou de loin nous ont assistés dans la réalisation de ce travail et dans la vie. Nous vous réitérons notre profonde gratitude.

---

<sup>1</sup> Regroupements de jeunes de la même génération le plus souvent autour du thé pour discuter de leurs problèmes et ceux de la société.

## RESUME

Le phénomène d'urbanisation de la planète constitue un événement majeur notamment dans les pays du sud. Parmi les multiples dimensions déconcertantes de la croissance urbaine des pays d'Afrique, les aspects sanitaires, au regard de leur importance sont probablement les moins étudiés ». (SALEM, 1998). La ville de Bamako, créée au XVI<sup>ème</sup> siècle n'échappe pas à cette situation.

La commune I du district de Bamako avec un accroissement de 5,1% est la 3<sup>ème</sup> commune de part sa population. Elle est constituée de 9 quartiers sur lesquels nous avons choisi deux à savoir Banconi et Korofina constituant les 40% de la population de la commune.

Nous avons ainsi choisi le sujet suivant : « Le recours aux soins dans la ville de Bamako : offre et activité des services de santé dans la Commune I du District de Bamako ». Au terme de ce travail, les résultats suivants ont été atteints :

La commune I souffre énormément du manque d'infrastructures socio-économiques et cette situation fait de la commune une zone d'insalubrité et de risques de tout genre, exposant ainsi la population aux maladies liées à l'environnement (paludisme, diarrhée et IRA).

Nous avons pour desserte, un centre pour 6534 habitants. Ce chiffre cache des disparités inter quartiers. Quant à nos quartiers d'étude, Banconi a une desserte d'un centre pour 13 379 habitants contre 1 centre pour 2 741 habitants pour Korofina (un centre pour 5000- 10000 habitants, norme OMS). ASACKO-NORD a le taux d'utilisation le plus élevé avec 46% contre à peine 10% pour le CSREF. Quant à la desserte en personnel de santé, nous avons une meilleure desserte avec un médecin pour 4 487 habitants. Le paludisme reste le premier motif de consultation avec 33%, suivi des autres affections non classées (23%). Les maladies respiratoires constituent 18% des motifs de consultation. La fréquentation semble être influencée par l'accessibilité géographique. Aucun centre n'a une bonne utilisation et une bonne fréquentation conformément à la norme de l'OMS 70%. Le choix du recours dépend de plusieurs facteurs dont la qualité, le coût des soins, l'habitude, la proximité et les connaissances. Nous avons remarqué que 84% de l'échantillon ont utilisé d'autres soins avant d'aller au centre de santé. L'automédication est le recours le plus utilisé soit 68%. Les soins infirmiers représentent 23%. Les patients préfèrent le recours simultané. La gestion de la santé doit être une affaire de tous et chaque acteur doit assurer pleinement son rôle.

## SUMMARY

The urbanization of the planet is a major event particularly in the South. Among the many daunting dimensions of urban growth of African countries, health aspects, in terms of their importance are probably the least studied (SALEM, 1998). The city of Bamako, created in the sixteenth century is no exception to this situation. The District of Bamako with an increase of 5.1% is the third common share of its population. It consists of nine districts in which we chose two namely Banconi Korofina and constituting 40% of the population of the town. We have chosen the topic "The use of care in the city of Bamako: supply and activity of health services in the Municipality of the District of Bamako I". We have adopted a variety of methodological approach, based on documentary research, exploitation of curative consultation registers and quarterly reports. We also administered questionnaire patients in health centers. For this, we work seven (7) centers: four community health centers, a private health center, a religious structure and the health center of reference of the joint. We finally used an interview guide for caregivers, members of CHA and focus group for young people and women Banconi. After treatment with different software, the following results were obtained: The town I suffer greatly from lack of infrastructure and socio-economic situation due to a common area of sanitation and risks of all kinds, thus exposing the population to diseases related to the environment (malaria, diarrhea and ARI). Our service, a center for 6,534 people. This figure hides disparities between neighborhoods. As for our study areas, Banconi has a service center for 13 379 inhabitants against a center for 2,741 people for Korofina (a center for 5000 to 10,000 inhabitants, WHO standard). ASACKO NORTH utilization has the highest with 46% against only 10% for CSREF. As for the service of health personnel, we have better service with a doctor for 4487 inhabitants. Malaria remains the leading cause of consultation with 33% followed by other non-classified (23%). Respiratory diseases account for 18% of the reasons for consultation. Attendance seems to be influenced by geographical accessibility. No center has a good use and good attendance in accordance with the WHO standard 70%. The choice to use depends on several factors including quality, cost of care, the usual proximity and knowledge. We noted that 84% of the sample used other treatments before going to the clinic. Self-medication is the use of the most widely used is 68%. Nursing is 23%. Patients prefer the use of both. The health management should be a concern of all and each player must fully assume its role.

## INTRODUCTION GENERALE

Le Mali est un vaste pays avec une superficie de 1 241 238 km<sup>2</sup>. Il est situé au cœur de la zone soudano-sahélienne. Cette situation géographique lui confère des avantages et des inconvénients dans tous les domaines. Parmi ces conséquences, la variation climatique et ses effets sur la santé sont prépondérants. En effet, cette zone géographique subit les variations climatiques durant les trois saisons qu'elle contient (pluvieuse, sèche froide et sèche chaude). En plus, cette zone est le domaine de développement de nombreux vecteurs qui agissent sur la santé de la population. De ce fait, la santé devient un impératif de développement dont la gestion incombe à plusieurs acteurs.

C'est la raison pour laquelle, le gouvernement du Mali a adhéré à la politique des Soins de Santé Primaires pour permettre une meilleure accessibilité de sa population aux structures de soins. En 1987, les ministres africains se sont retrouvés à Bamako, capitale du Mali pour adopter l'Initiative de Bamako après le désengagement des Etats et des partenaires dans le financement de la santé par les politiques d'ajustement structurel. Il a été décidé que chaque population gère sa santé et participe ainsi à son financement.

Le gouvernement a ainsi initié la politique des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) ; ce sont des centres qui pratiquent le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Ils sont initiés et gérés par la population à travers des Associations de Santé Communautaire (ASACO) avec l'appui de l'Etat et des partenaires. De nombreux CSCOM ont donc vit le jour dans toutes les localités du Mali. L'extension de la couverture sanitaire a augmenté avec une augmentation des indicateurs d'utilisation des services. En plus de nombreuses structures privées furent également créées.

Cependant, la situation sanitaire demeure caractérisée, en dépit des progrès réalisés, par une morbidité et une mortalité élevées surtout en ce qui concerne la mère et l'enfant. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM IV) de 2006, les taux sont les suivants : mortalité infantile : 96 pour 1000 naissances vivantes (EDSM IV) ; mortalité infanto-juvénile : 191‰ ; mortalité maternelle : 464 pour 100 000 naissances vivantes. La prévalence contraceptive reste faible (6,9%).

A l'intérieur du pays, les disparités sanitaires sont notées entre les zones de l'intérieur, loin des centres de décisions concernant l'organisation et le financement de la politique sanitaire

mais aussi à l'intérieur des villes entre quartiers. Alors, l'accès aux structures de soins de toute la population demeure un défi pour le gouvernement.

De nos jours, les autorités se trouvent confronter entre la croissance rapide de la population et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Des stratégies novatrices ont été initiées et mises en œuvre (gratuité de la césarienne, de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte,...), afin d'accélérer l'atteinte des objectifs. Les résultats de l'EDSM IV (2006), ont montré que le financement des dépenses de santé pour les pauvres et les personnes indigentes se pose dans un contexte d'équité. Les difficultés financières que rencontrent les populations surtout celles des régions périphériques et rurales font que la fréquentation des services de santé par ces dernières reste limitée et souvent les motive à recourir à d'autres types de soins (tradithérapeutes, marabout, etc.) (SOUANE. M, 2002).

Bamako la capitale n'échappe pas à cette situation. En effet, selon le rapport 2010 de l'Institut National de la Statistique (INSAT), elle a le plus fort taux de croissance en Afrique (5%). *« Or le développement rapide des zones urbaines entraîne une concentration des populations dans les quartiers périphériques où l'accessibilité aux soins de santé essentiels devient un impératif de santé publique. En effet, l'augmentation démographique a d'importantes conséquences sur la situation socio-économique et la santé des villes. Elle a un impact sur les infrastructures et leur impose des charges supplémentaires (approvisionnement en eau potable, de l'éducation, de l'assainissement, des soins de santé, etc. ») (BA.C.T, 1999).*

Le plus souvent les nouveaux arrivants n'ont pas le même comportement que les citoyens. Ils essayent de se loger dans les périphéries dans des conditions peu confortables souvent sans autorisation et sans infrastructures socioéconomiques de base.

Nous avons voulu à travers ce mémoire étudier les inégalités dans le recours aux soins dans deux quartiers de la commune I du District de Bamako.

## PROBLEMATIQUE

*« Le phénomène d'urbanisation de la planète constitue un événement démographique, géographique, social, culturel et politique majeur notamment dans les pays du sud. Le phénomène est récent, brutal, massif et n'est pas soutenu par une croissance des richesses (équipements, emplois, services, etc.). Parmi les multiples dimensions déconcertantes de la croissance urbaine des pays d'Afrique, les aspects sanitaires, au regard de leur importance sont probablement les moins étudiés ».* (SALEM, 1998).

Le Mali, comme la plupart des pays africains connaît une urbanisation croissante. Aujourd'hui, l'urbanisation constitue une préoccupation des décideurs, des chercheurs et des partenaires au développement.

La ville de Bamako, créée au XVI<sup>ème</sup> siècle n'échappe pas à cette situation. Elle connaît l'un des taux d'accroissement les plus élevés au monde (4,8%) selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2009). Entre 1998 et 2009, la population a été multipliée par près de 1,8 (RGPH, 2009). Sa population qui était de 419 239 habitants en 1976 est passée à 1 809 106 habitants en 2009 soit un triplement de la population en 33 ans seulement. Cependant, le niveau des équipements collectifs, des infrastructures notamment sanitaires et l'évolution économique ne sont pas généralement adaptés à cette augmentation de la population<sup>2</sup>.

La question est de savoir si ce fait démographique a été suivi par un développement parallèle du système de santé. Il s'avère nécessaire d'en mesurer les modalités et impacts sur le système de soins notamment dans les quartiers spontanés de la périphérie.

Ces quartiers périphériques sont nombreux à Bamako et sont les plus peuplés.

Mais de nos jours, les nouveaux quartiers viabilisés se trouvent en périphérie avec l'étalement de la ville sur les deux rives. Ces nouveaux quartiers sont en dur et bénéficient de l'essentiel des infrastructures, comme c'est le cas dans les logements sociaux construits par le gouvernement en 2003.

*« En outre, la croissance urbaine est très contrastée entre les deux rives du fleuve Niger qui divise la ville en deux : " la rive droite accueille près de 60% des nouvelles populations urbaines de l'agglomération entre 1976 et 1983. Dans les deux dernières décennies, son croît*

---

<sup>2</sup> Plan Stratégique du Développement de Bamako, 2001, p13.

*démographique annuel est supérieur à 10% alors qu'il plafonne entre 4 et 7% dans les secteurs occidentaux et orientaux de la rive gauche". La rive droite représentait 21% de la population agglomérée en 1975 et 34% vingt ans plus tard. Elle en représentera sans doute 43% à l'horizon 2010 » (Troisième Projet Urbain du Mali, 1996). « A ce contraste Nord/Sud, s'ajoute une opposition entre les lotissements de croissance modérée et les extensions irrégulières qui ont absorbé la plus grande partie du croît démographique. Par delà ces grandes oppositions, l'urbanisation présente de réelles constantes sous le régime colonial, puis sous les trois Républiques depuis 1960(1960, 1968 et 1992). La progression s'étend des zones anciennement urbanisées vers les nouvelles extensions (périphéries, rive méridionale) et des quartiers lotis vers les zones irrégulières ». (M. Bertrand, 1997).*

Cet accroissement incontrôlé entraîne des difficultés importantes en terme de circulation, d'hygiène, d'infrastructures (accès à l'eau potable, assainissement), de pollution et au développement des pathologies (paludisme, maladies hydriques, etc.). Le gouvernement du Mali et les autorités du district se trouvent dans un dilemme : maîtriser la croissance démographique et faire une prise en charge de cette nouvelle population souvent sans qualification et sans ressource financière d'où l'adhésion du Mali en 1978 à la politique de Soins de Santé Primaires (SSP) d'Alma-Ata et à partir de 1987 à l'initiative de Bamako (IB) pour faciliter l'accès des populations aux soins de santé primaires à travers une participation communautaire à tous les stades.

Selon NIANG. A (1997), l'objectif est de mettre en place un système de soins préventif et curatif accessible au plus grand nombre de la population, permettant de rééquilibrer les inégalités en matière de santé. Une accessibilité cependant assujettie à plusieurs contraintes d'ordre géographique, politique, socio-économique, culturel...

En dehors de l'insuffisance des établissements, d'autres problèmes existent dans le domaine de la santé publique au niveau des communes, à savoir la vétusté des infrastructures sanitaires, les problèmes d'accessibilité géographique, l'inadéquation des ressources humaines, l'insuffisance des ressources financières, le manque d'équipement et des moyens logistiques, la non disponibilité des médicaments essentiels, l'insuffisance d'un certain nombre d'activités prioritaires, l'absence des structures d'hospitalisation<sup>3</sup>. « C'est l'occasion de recourir à la démarche géographique qui, selon PICHERAL (1982), va au delà de la recherche des causes des maladies et de leur répartition. Elle permet de placer la santé dans son contexte global et de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins ».

---

<sup>3</sup> Mairie du district de Bamako : « Plan stratégique du développement du district de Bamako », 2001, p28



La géographie a pour objet la connaissance de cette œuvre humaine qu'est la production et l'organisation de l'espace.<sup>4</sup>

Les pratiques sociales et les décisions politiques peuvent avoir une influence sur les dynamiques territoriales.

Les géographes de la santé dont NIANG. A (1997) et SALEM. G (1998) soulignent que l'analyse de l'activité des structures de soins ne permet pas à elle seule de mesurer l'accessibilité réelle aux soins. Ils préconisent de recourir à des enquêtes auprès de la population.

Il faudrait interroger les populations elles-mêmes qui peuvent mieux exprimer leurs besoins réels et leurs attentes par rapport aux politiques de santé. Elle permet de ressortir les facteurs déterminants qui conditionnent le recours aux soins et de les prendre en compte pour une utilisation optimale du système de soins. (NIANG, A.1997)

La politique nationale de santé du Mali repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. A cet effet, la loi d'orientation sur la santé de 2002<sup>5</sup> dit en son article 7 que : « *La politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'initiative de Bamako et sur la stratégie africaine de développement sanitaire* ».

Et l'article 3 réaffirme que : « *Le plan décennal et le programme quinquennal de développement sanitaire et social servent de cadre de référence à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé* ». C'est la raison pour laquelle, l'Etat du Mali a élaboré le Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) en 1998 et son plan quinquennal, le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le PRODESS II a été prolongé jusqu'en 2011 pour l'harmoniser avec le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.

A cela, il faut ajouter la volonté des communautés à prendre en charge la gestion de leurs problèmes de santé. La recherche de solutions à ces difficultés est à l'origine du mouvement de santé communautaire dont le pionnier demeure l'ASACOB (Association de Santé Communautaire de Banconi) créée en 1989.

---

<sup>4</sup> Brunet. R, in A. Meunier : Système de soins au Burkina Faso, le paradoxe sanitaire, 1999, p 9

<sup>5</sup> Loi N° 02-049/ du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé au Mali

La pyramide sanitaire a été divisée en trois niveaux : le niveau primaire constitué des CSCOM ; au niveau secondaire, on retrouve les Centres de Santé de Référence (CSRéf) et le niveau tertiaire est constitué des hôpitaux.

En plus, en 1978, la ville de Bamako a été divisée en (six) 6 communes, quatre sur la rive gauche (I, II, III et IV) et deux sur la rive droite (V et VI) et chaque commune constitue un district de santé.

Selon l'annuaire 2009 du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), le district de Bamako compte 6 hôpitaux dont 2 privés ; 3 polycliniques ; 52 CSCOM ; 83 cabinets de consultation ; 51 cabinets de soins ; 212 officines pharmaceutiques dont 30 grossistes ; 22 laboratoires dont 8 privés. Quant aux personnels soignants, nous avons 1080 médecins soit un ratio de 1/1603 habitants contre 1/10000 habitants ratio OMS ; 3975 infirmiers soit 1/455 contre 1/5000 habitants ratio OMS ; 918 sages femmes soit un ratio de 1/1970 habitants contre 1/5000 ratio OMS. Cette situation confirme une bonne densité médicale de la ville de Bamako.

Quant à l'accessibilité au Paquet Minimum d'Activités, 94% de la population est à moins de 5km d'une structure de santé.

Malgré ces chiffres confortant, le taux d'utilisation des structures de santé est faible, il est de 0,38 contacts par habitant et par an contre 0,23 sur le plan national<sup>6</sup>.

Pour notre étude, nous avons choisi la Commune I du District de Bamako. De par sa population, la Commune I occupe la 3<sup>ème</sup> place après les communes V et VI selon les données du dernier RGPH de 2009 avec une population de 335 407 habitants et un taux d'accroissement de 5,1%. Sa population qui était de 51 588 en 1976 est de nos jours 335 407 soit un triplement de la population en seulement 33 ans. La commune compte 9 quartiers : Banconi, Boulkassoumbougou, Djélibougou, Djoumanzana, Fadjguila, Korofina Nord, Korofina Sud, Sikoroni et Sotuba.

Elle compte 11 CSCOM, un CSRéf, deux centres confessionnels et de nombreuses structures privées.

Ces différentes offres sont inégalement réparties dans la commune.

Notre étude se veut originale sur les quartiers de Banconi et Korofina Nord. Ces deux quartiers sont très différents de par leur typologie et leur mode de vie.

En plus, de nombreuses études ont été réalisées sur l'offre de soins au Mali en général et sur la ville de Bamako en particulier. Ces études ont été l'œuvre des spécialistes de la santé

<sup>6</sup> Ministère de la santé : « PRODESS II Prolongé 2007-2011 : Composante Santé, 2009, P 14

publique, des anthropologues, des socio-économistes mais nous n'avons pas rencontré d'études effectuées par des géographes et surtout ceux de la santé. Nous pouvons citer entre autres : *"Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales"* de J Brunet-Jailly et al en 1993 ; *"Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques dans deux aires de santé rurales au Mali"* de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers en 2000, *"Politique de Santé Communautaire et Viabilité Economique et Sociale au Mali des CSCOM au Mali : étude de cas en milieu urbain et rural"* de M.K. KONATE et al en 2003, *"Qualité des Procédures de Soins Infirmiers dans les Formations Sanitaires de la Commune II du District de Bamako"* de O.S. MAIGA et al en 2007, *"La Politique Hospitalière du Mali et ses Perspectives"* de BALIQUE . H en 2002, *"Utilisation des Services de Santé de Premier Niveau au Mali : Analyse de la Situation et Perspectives"* de AUDIBERT. M et al en 2005, etc. Ces différentes études ont surtout mis l'accent sur les aspects financiers et les comportements thérapeutiques. Ces différents constats fondent à priori, l'intérêt de notre étude sur l'offre et l'activité du système de soins dans le district de Bamako cas de la commune I : Approche Géographique.

Ainsi nos questions de recherches sont :

- 1-Quelles sont les logiques d'implantation de ces deux quartiers et des services sociaux de base?
- 2- Comment est répartie l'offre de soins dans les quartiers ?
- 3- Quels sont les taux d'utilisation et de fréquentation des différentes structures ?
- 4- Quels sont les itinéraires thérapeutiques des malades de ces deux quartiers ?
- 5- Que pensent les patients des structures et des différentes pathologies ?

### **Objectif de l'étude**

Pour entreprendre une étude scientifique, il faut déterminer les objectifs et les hypothèses de recherche.

Notre objectif principal est d'étudier l'offre et le recours aux soins dans la commune I à travers les quartiers de Banconi et de Korofina Nord.

Les objectifs spécifiques sont :

- connaître les logiques d'implantation des structures de soins et des quartiers ;
- connaître les itinéraires thérapeutiques de la population des deux quartiers ;
- identifier les différents types de soins dans la commune et dans les quartiers d'étude ;
- rendre disponible des données utilisables à l'échelle locale et communale.

## **Hypothèses de recherche**

Pour atteindre nos objectifs, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- 1- le niveau de vie ainsi que l'ancrage dans le quartier déterminent le type de l'offre de soins publique, privée et/ou communautaire;
- 2- plusieurs types de soins sont utilisés pour un même épisode morbide ;
- 3- le manque de dynamise des ASACO résulte du fait que les populations ne sont pas pleinement impliquées dans les activités;
- 4- le recours aux soins est influencé par différents facteurs selon les quartiers.

## METHODOLOGIE

Pour traiter notre sujet, nous allons adopter une approche méthodologique variée et axée sur :

- la recherche documentaire ;
- l'enquête de terrain ;
- les outils et traitement des données.

### ***2.1. La recherche documentaire***

La recherche documentaire a concerné les publications sur le système de santé au Mali en général et de la ville de Bamako en particulier. Il s'agit de la géographie de la santé (thèse de SALEM.G, A. NIANG, DRAME. F.M, Dictionnaire Raisonné de géographie de la Santé de PICHERAL, etc.), mais également sur les mémoires soutenus au département de Géographie de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (Mamadou SOUANE, Aïssatou THIAM, Aliou TOURE, etc.). Nous avons également consulté les documents qui traitent l'urbanisation de la ville de Bamako notamment ceux de BERTRAND Monique. Nous avons également utilisé les Plans d'Urbanisme Sectoriels de la Commune I du District de Bamako, la monographie de la Commune. Ces différents documents nous ont permis de recueillir les données sanitaires, physiques, démographiques, économiques et socioculturelles de notre zone d'étude. Ces documents ont surtout montré que l'accès aux soins est conditionné par plusieurs facteurs dont la distance, la qualité et le pouvoir d'achat des ménages. Ils ont aussi montré que les centres en milieu urbain ont généralement une meilleure accessibilité. Ils ont enfin démontré que les populations utilisent plusieurs types de soins (modernes et traditionnels). L'urbanisation influe sur l'offre et le recours aux soins.

### ***2.2 La collecte des données sur le terrain***

La documentation s'est poursuivie sur le terrain par la consultation des registres et rapports de l'année 2010 dans les centres de santé choisis. Au Mali, la population et même le ministère de la santé appellent les CSCOM par le nom de leur association pour permettre une bonne compréhension et faire la différence entre les quartiers et les CSCOM puisque certains quartiers peuvent avoir plusieurs CSCOM. Nous avons voulu utiliser cette même dénomination (nomenclature) pour désigner nos CSCOM. C'est la raison pour laquelle, il n'est pas rare de voir dans ce travail ASACOBAN, ASACODJAN pour désigner respectivement les CSCOM de Banconi et de Djanguinébougu au lieu des CSCOM de Djanguinébougu ou Banconi. Il s'agit notamment de l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBAN), de l'Association de Santé Communautaire de Djanguinebougu (ASACODJAN), de

l'Association de Santé Communautaire de Korofina Nord (ASACKO NORD), du Centre de Santé de Référence de la commune (CSRéf) de Korofina Nord, de l'Association de Santé Communautaire de Korofina Sud et Salembougou (ASACOKOSA), du centre Chérifla et du centre SAHDIA. Nous avons choisi le centre SAHDIA puisqu'il est l'un des rares centres privés qui pratique les SSP et a le même prix de consultation que les CSCOM (500 F CFA).

Comme dans les travaux de NIANG. A en 1997, notre travail de terrain a comporté quatre volets constituant quatre sources d'information :

- l'exploitation des registres de consultation journalière des centres de santé et des rapports d'activités trimestriels ;
- le recensement des infrastructures socio-économiques dans les deux quartiers d'étude. Nous avons voulu étendre cette opération à l'ensemble de la commune, mais nous étions confronté à une contrainte de temps et de moyens. La commune I fait 37km<sup>2</sup>, nous avons pu quand même prendre l'ensemble des marchés pour voir si cela a une répercussion sur la fréquentation des CSCOM.
- les enquêtes effectuées auprès des patients (voir en annexe fiche de collecte et questionnaire) ; nous avons également eu des rencontres avec deux groupes de femmes rassemblées en tontine<sup>7</sup> à Banconi Plateau et Layebougou et deux "grins"<sup>8</sup> de jeunes à Banconi Zékénékorobougou et Dianguinéougou sur la santé de leur quartier. Ces entretiens sous forme de focus groups nous ont permis de comprendre beaucoup de choses sur le comportement thérapeutique de la population et les problèmes de santé du quartier de Banconi. Le choix des femmes est dû au fait qu'elles sont les premières utilisatrices des soins de santé primaires près de 35% des consultants. Quant aux jeunes, ils utilisent peu les CSCOM.
- les entretiens avec le personnel de santé, les responsables des ASACO, pour voir les difficultés.

---

<sup>7</sup> Ce sont des groupements de femmes au Mali. Elles se réunissent une fois par semaine ou par mois le plus souvent pour cotiser. A chaque rencontre, une femme part avec l'argent à tour de rôle. C'est une manière pour elles d'économiser de l'argent. Souvent, certaines femmes, une fois leur tour arrivé, refusent de payer pour les autres. C'est la raison pour laquelle de temps en temps, des bagarres surviennent et font intervenir les hommes.

<sup>8</sup> Regroupements de jeunes de la même génération le plus souvent autour du thé pour discuter de leurs problèmes et ceux de la société.

### **2.3. La collecte et l'exploitation des registres de consultation**

Les registres de consultation journalière des centres de santé nous ont été d'un apport inestimable. En effet, ce sont nos sources d'informations sanitaires. Nous avons collecté tous les registres de consultation journalière de 2010 disponibles dans les centres d'étude. L'exploitation de ces données nous a permis de connaître :

- le taux de fréquentation par quartier et par secteur pour Banconi et Korofina Nord ;
- le taux d'utilisation des CSCOM et du centre de référence.
- la fréquence des épisodes morbides par âge et par sexe.

Malheureusement encore, les contraintes de temps nous ont empêchées de consulter les registres des CPN, CPON et le PEV.

Nous aurons voulu compléter les informations sanitaires collectées dans les centres publics par l'ensemble des centres privés qui opèrent dans la zone d'étude mais le manque de temps, de moyens et le refus de certains centres ont compromis cette opération. Nous tenons ici à saluer le promoteur et médecin chef du centre Sadhia pour sa collaboration. Il a été compréhensible à notre égard. C'est le seul centre où nous avons pu travailler. Nous tenons également à nous excuser auprès des centres privés qui nous avaient donné leur accord et que nous n'avons pas eu le temps d'étudier. La difficulté pour étudier les centres privés est due au fait que le médecin chef du district n'a aucune autorité sur les privés. Or, c'est lui qui nous a délivré l'autorisation de recherche.

Nous aurions voulu compléter notre étude par le centre traditionnel Binafou Fofana qui est très sollicité surtout par les personnes âgées et les femmes mais nous n'avons pas pu le rencontrer à cause des intermédiaires qui étaient réticents à notre recherche.

Comme l'a dit PICHERAL, ces études ont été complétées par des enquêtes auprès des patients et les différents entretiens dans le quartier de Banconi.

### **2.4. La collecte des données socio-économiques**

On ne pourrait étudier la desserte et le recours aux soins sans prêter une attention particulière à l'ensemble des conditions et infrastructures socio-économiques de l'espace étudié (A. NIANG, 1997). *La localisation des infrastructures socio-économiques (moyens de communication, pharmacie, marché, écoles, point d'eau...) joue souvent un grand rôle dans le drainage des consultants. L'organisation du système de soins s'inscrit généralement dans l'occupation de l'espace. De même, l'organisation préexistante de l'espace oriente le système de soins.* Au Mali, la politique sanitaire prévoit de construire les centres de santé à côté des infrastructures socio-économiques de base pour permettre l'accès des femmes au centre de

santé. L'infrastructure privilégiée pour la construction reste les marchés (quotidiens et hebdomadaires). C'est la raison pour laquelle, nos différents centres sont tous situés à moins de 500 m d'un marché. Leur mesure à diverses échelles, associée aux données sanitaires (activité du système de soins, morbidité...) servent à la définition du profil sanitaire d'une zone, rentre dans l'esprit et la démarche de la géographie de la santé.

L'insuffisance des sources officielles nous a amené à faire une collecte complémentaire de ces données socio-économiques sur le terrain. Elle a consisté en un recensement de toutes les infrastructures sanitaires disponibles dans la commune et dans les deux quartiers. Cette opération s'est faite en même temps que la collecte des registres de consultation (les registres de consultation le matin et les infrastructures le soir).

Les infrastructures recensées sont les marchés, les écoles publiques, les points d'eau publics, les cimetières, ...

Pour les écoles, compte-tenu du nombre exorbitant des écoles privées clandestines, nous avons préféré prendre seulement les écoles publiques et dans les deux quartiers d'étude.

### **2.5. L'enquête auprès des patients**

Le questionnaire portait sur le choix des structures de soins, les dépenses de santé et les composantes démographique et socio-économique des populations. Nous avons également voulu recueillir leur avis sur l'activité du système de soins et les possibilités de son amélioration. L'enquête a été effectuée par nous même. Cependant, nous nous sommes fait aider par deux autres jeunes qui ont acceptés de nous appuyer. L'enquête s'est faite en français et en bambara selon l'interlocuteur. Pour les patients qui ne maîtrisaient pas l'une de ces deux langues, nous avons eu recours aux accompagnants pour servir d'interlocuteur. Nous aurions voulu faire une enquête domiciliaire pour compléter ces informations mais nous sommes limités à quelques familles pour compléter notre échantillon dans le délai requis. Ces enquêtes se sont déroulées dans les deux quartiers et ont concerné les gens qui ont fréquentés les centres dans les deux semaines précédant notre passage et qui possédaient leur ordonnance. Nous avons effectué la porte à porte pour avoir cet échantillon. Cette enquête a concerné 75 personnes. Nous avons eu pour cet effet de l'assistance de quelques connaissances au sein des différents centres.

Dans l'ensemble, nous avons interrogé un échantillon de 270 patients, pris de façon aléatoire dans la mesure où nous ne pouvions pas respecter un échantillon raisonné représentatif de la population consultante dans le délai (plus de 100 000 patients).

Nous avons procédé ainsi :

- 75 personnes pour le CSRéf et l'ASACOB ;
- 40 personnes pour ASACKO-NORD et le centre Cherifla ;



- 15 personnes pour l'ASACOKOSA et le centre SAHDIA et
- 10 personnes pour ASACODJAN.

Nous avons ainsi choisi en fonction de la population consultante de chaque centre. Cet échantillon nous pensons, permettra de connaître le recours aux soins dans la zone d'étude.

## **2.6. Les entretiens**

Ces entretiens ont eu pour objectif de situer les niveaux d'implication des différents intervenants dans la mise en place du système de soins.

Nous avons interrogé quelques membres des ASACO que nous avons pu rencontrer dans les centres et dans leur famille. Il a été difficile de rencontrer les membres des ASACO compte tenu de leur occupation. Nous sommes en fin d'années et c'est le moment des réunions et des bilans. Pour le personnel de santé également, nous avons été le plus souvent obligé de déposer le questionnaire pour qu'il puisse répondre. Nombreux de nos passages ont coïncidé avec les Journées Nationales de Vaccination (JVN). Il s'agit du médecin chef du District, de ceux des centres, etc. Nous n'avons pas pu interroger les ONG (Organisation Non Gouvernementale) et associations qui interviennent dans la santé ainsi que les membres du conseil communal. Mais il faut reconnaître que le conseil communal intervient timidement dans la santé, c'est la raison pour laquelle nos nombreuses tentatives pour leur rencontrer ont été vaines.

Quant aux rapports, ils nous ont permis de compléter les données recueillies dans les registres. Mais, il faut reconnaître que l'exploitation de certains rapports n'a pas été facile notamment la partie morbidité. Chaque médecin a son explication de la pathologie. Souvent, nous avons trouvé une grande différence entre le nombre de consultants dans les registres et celui des rapports. Cette situation s'explique par le fait que les rapports sont remplis dans la précipitation. De ce fait, la partie morbidité, mortalité qui est la partie la plus importante du rapport selon nous est difficilement exploitable. Nous avons rencontré ce problème dans tous les centres excepté le centre Chérifla. Les rapports sont le plus souvent remplis à la veille de l'arrivée des superviseurs. C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes focalisé sur les données des registres. L'autre difficulté est le fait que de nombreuses maladies sont enregistrées dans la partie « autre » des rapports sans aucune précision. Tous les centres sont confrontés à cette situation à part ASACOB. En plus, certaines pathologies existent dans les registres mais ne se retrouvent pas dans les rapports de morbidité telles que la rougeole ; le SIDA ; l'anémie.

Nous avons également utilisé l'observation passive qui est une source importante d'information en science sociale. Elle a été d'un apport inestimable du début à la fin aussi bien dans les centres que dans les quartiers.

## **2.7. Traitement des données**

Les données recueillies ont nécessité l'utilisation des techniques informatiques de traitement. Nous avons utilisé les logiciels de statistiques et les logiciels de cartographie pour analyser les données. Les logiciels utilisés sont Sphinx.5.0, Access, Word, Excel et Arc-gis 9.3.

Ces différents logiciels nous ont permis d'analyser l'ensemble des données en un temps record. Un dépouillement manuel allait être difficile voire impossible dans le temps. Nous avons ainsi réalisé des tableaux, des graphiques et des cartes à partir des données recueillies dans les registres et du questionnaire auprès des patients.

### **Portée et limites de la collecte de l'information**

#### **2.7.1. Portée et limites de l'exploitation des registres de consultation**

Selon RUMEAU-ROUQUETTE (1986), on désigne sous le terme de registre un enregistrement exhaustif et permanent des maladies, effectué à partir d'organismes de soins, dans une zone géographique donnée. Les registres de consultation journalière des centres de santé constituent un mode d'enregistrement continu des données sanitaires.

Les informations sont consignées dans les registres selon plusieurs rubriques qui sont généralement organisées en trois parties :

- 1- la date de la consultation (jour, mois, année) ;
- 2- l'identification du consultant (nom, prénom, âge, sexe, adresse, ethnie et profession) ;
- 3- La notification de la maladie et du traitement (les symptômes et le diagnostic, le traitement prescrit et l'observation).

*« Ils constituent une source importante d'informations qui permet d'établir des statistiques de morbidité dans le temps et dans l'espace. Leur exploitation est une base essentielle pour saisir le recours aux soins. Elle comporte cependant des inconvénients et l'on peut craindre que les informations recueillies par cette méthode ne présentent des insuffisances car certains registres sont incomplets et souvent mal remplis notamment les registres de garde »<sup>9</sup>.*

Il se pose également des problèmes d'interprétation des données car chaque médecin a son propre vocabulaire pour désigner les différentes affections. Par exemple : le paludisme, la fièvre, l'accès palustre, l'accès fébrile, désignent la même maladie selon l'entendement des médecins. Chaque pathologie peut avoir quatre ou cinq dénominations différentes.

Dans certains centres, nous n'avons pas pu utiliser l'ensemble des registres de consultation notamment au centre de référence où certains registres de 2010 sont toujours en exploitation.

---

<sup>9</sup> NIANG.A : « Evolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaire dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993) », 1997, p34

Nous nous sommes limités aux registres disponibles. Nous avons consulté les registres de la pédiatrie, de l'Odonto, de l'ORL (Oto-rhino-laryngologie), de la tuberculose et de la médecine générale. Nous n'avons pas pu utiliser un registre de la médecine générale qui comporte les renseignements des 6 derniers mois de l'année 2010 au CSREF. Il faut reconnaître qu'il y a 3 salles de consultation pour la médecine générale au centre de référence. Nous n'avons pas eu les registres de l'ophtalmologie, du dépistage du cancer du col de l'utérus ; du sida, de la chirurgie etc. Dans les autres centres, nous avons étudié l'ensemble des registres de 2010.

### **2.7.2. Portée et limites de l'enquête auprès des patients**

L'intérêt essentiel de l'enquête socio-sanitaire auprès des patients est de fournir l'information permettant d'analyser le recours en relation avec les autres facteurs démographiques, économiques, sociaux et culturels que seule l'exploitation des registres de consultation ne pouvait permettre de saisir (A. NIANG, 1997). Elle constitue donc un moyen privilégié pour saisir les modalités du recours aux soins et de comportements des populations.

« Cependant, faire une enquête au centre de santé alors que le patient est souffrant peut comporter de nombreux biais. Celle-ci ne permet pas de recueillir toute l'information nécessaire à l'interprétation des faits de santé. Il existe également des biais d'investigation dans des enquêtes de cette nature puisque les malades ont souvent peur d'exposer la réalité dans les centres de santé pour ne pas s'exposer à la colère et à la stigmatisation du personnel soignant ». Beaucoup de patients pensaient que nous avons été diligenté par le personnel et n'exprimaient pas clairement leurs problèmes de santé. Il faut comprendre également que l'enquête comporte une partie rétrospective. L'information est obtenue en faisant appel à la mémoire or la plupart de nos interlocuteurs étaient des femmes qui n'avaient aucun niveau d'étude. Les questions concernant un épisode morbide ou la consommation médicale sont essentiellement rétrospectives. La fiabilité des informations est fortement dépendante de la validité de leur souvenir.

Nous nous sommes rendu compte de ce fait lors de nos entretiens avec les femmes et les jeunes que de nombreuses critiques à l'encontre du personnel sanitaire ne pouvaient pas être dites au centre de santé. Ces différents entretiens ont ainsi complété par l'enquête socio-sanitaire.

### **2.8. Les difficultés d'étude**

Toute recherche scientifique rencontre des difficultés. La première difficulté que nous avons rencontrée était des difficultés financières et matérielles. Le travail demandait trop de déplacements or nous n'avons pas eu de subvention ni de bourse. Cette situation nous a obligé à réduire le champ d'étude surtout pendant la prise des points par le GPS. Les moyens de déplacements coûtent chers. La seconde difficulté était liée au temps, une étude sur l'offre et l'activité demande beaucoup de temps et de ressources notamment la saisie des registres et

rapports trimestriels. Le manque de temps nous a empêché de prendre l'ensemble des infrastructures de la commune. Nous avons été obligé de nous limiter aux infrastructures des quartiers d'étude. Nous n'avons eu pratiquement que 4 mois pour faire ce mémoire. L'autre difficulté était le manque de salle de travail dans les centres étudiés excepté le centre SAHDIA. Dans les autres centres, nous étions obligé de travailler dans la salle de réunion et chaque fois qu'il y avait une réunion, nous étions obligé de remettre le travail au lendemain. Cette situation nous a fait perdre beaucoup de temps. En plus, nous étions obligé de prendre de nombreux rendez-vous pour consulter un document. Il faut également savoir que nous n'avons pas eu la possibilité de sortir avec les documents, la consultation se faisait sur place et pendant les heures de travail. En effet, il est interdit de sortir avec les documents. Cependant, il faut saluer certains centres qui ont accepté de nous donner quand même les rapports trimestriels pour quelques jours. En fin, l'exploitation des registres et rapports demandait beaucoup de patience puisque ceux-ci étaient souvent très mal remplis. Nous avons eu d'énormes difficultés pour exploiter la partie réservée à la morbidité et mortalité. Les difficultés ont été surmontées par l'appui de certains amis qui ont acceptés de nous appuyer financièrement et matériellement.

Pour mieux comprendre les indicateurs, nous avons fait une définition des différents concepts.

## **2.9. Définition des concepts**

**Offre :** elle peut se définir comme une proposition, un ensemble des biens ou des services mis à la disposition de la clientèle.

- **Offre de soins :** Elle correspond en économie de la santé aux ressources sanitaires dont dispose une population (couverture). Une des deux composantes avec la demande de soins, du "marché" de la santé. Terme générique qui recouvre tous les services de santé, les professions médicales (médecin), les auxiliaires médicaux, les établissements de soins, publics et/ou privés, et leurs équipements (clinique, hôpital). Elle est également l'ensemble des moyens d'un système de soins au sein d'un système de santé et donc tributaire du niveau de développement de la population d'un Etat, d'une région, d'une ville ou campagne (milieu rural) donnés.

Elle détermine le niveau de médicalisation d'une société et traduit sa capacité d'investissement dans le secteur de la santé (PICHERAL, 2001).

- **Activité :** En économie, concerne la nature du travail selon de multiples classifications : primaire, secondaire, tertiaire, marchande ou non marchande, etc.
- **Activité du système de soins :** elle est considérée comme un outil de gestion et d'évaluation des professions de santé, d'un cabinet, d'un laboratoire, d'un service hospitalier, d'un établissement de soins, dispensaire ou hôpital. Elle se mesure alors

par le nombre absolu d'Actes (consultations, visites, analyses médicales, examens radiologiques ...) ou d'entrées (admission) : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'équipe soignante. (PICHERAL, 2001).

On utilisera en particulier les indicateurs pour mesurer l'offre et l'activité du système aux soins notamment la desserte médicale, la densité médicale, le taux d'attraction ou d'utilisation, le taux de fréquentation, la consommation médicale, l'itinéraire thérapeutique, etc.

- **Densité médicale** : Rapport du nombre de praticiens à une population (ex. 300 médecins p. 100 000 hab.). Elle sert d'indicateur de l'accessibilité aux soins et de la couverture médicale (ou paramédicale) des populations dans un espace donné (ressources sanitaires, médecin, auxiliaire médical)
- (PICHERAL, 2001). Elle est le plus souvent utilisée par le personnel médical.
- **Desserte médicale** : Elle est la mesure de la répartition spatiale du corps médical et paramédical dont dispose une population ou un espace donné. Mieux que la densité médicale, cet indicateur de santé cerne à la fois le volume de la clientèle théorique et potentielle de chaque praticien, et l'accessibilité de la population aux soins (exemple : un infirmier pour 300 habitants, un médecin pour 500 habitants, etc.). Elle exprime ainsi le niveau de médicalisation d'une population dans un espace donné, son degré d'encadrement et répond mieux aux principes et objectifs de la santé communautaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la desserte médicale est satisfaisante quand elle est d'un poste de santé pour 10 000 habitants.
- **Itinéraire thérapeutique** : c'est le recours successif à plusieurs traitements pour un même épisode morbide. C'est également l'ensemble des démarches qu'un malade emprunte pour se soigner lors d'une maladie.
- **La consommation médicale** est définie comme l'utilisation de biens et services médicaux, marchands ou non par l'ensemble ou une partie de la population. Elle est mesurée par les dépenses effectuées auprès du système de santé et ventilées selon leur nature. Elle constitue l'expression comptable de la morbidité diagnostiquée et du recours aux soins. (PICHERAL, 2001).

Son volume et sa nature varient avec des facteurs démographiques (âge, sexe), socio-économiques et socio-culturels (revenu, niveau d'éducation, chômage, comportements...) mais aussi selon le type (urbain, rural) et la région de résidence.

- **Soins** : Tout acte médical visant à restaurer la santé d'un malade quand celui-ci la perd (PICHERAL, 2001). Les soins peuvent être traditionnels ou modernes. Selon les compétences du prestataire de soins et des moyens dont il dispose : nous distinguons les soins primaires (soins de premier recours), les soins secondaires qui nécessitent des services spécialisés d'un personnel et d'une équipe ; les soins tertiaires qui sont prodigués dans les hôpitaux.

- **Taux de fréquentation** : Il est le rapport entre le nombre de consultants déclarés d'un village (quartier) sur la population totale de ce village (quartier) durant l'année. Selon les normes de l'OMS, le recours aux soins, donc l'accès aux services de santé, est satisfaisant quand la fréquentation atteint un taux de 70 %, soit un contact de 0,7 fois /an/personne. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il ne constitue que la partie exprimée, enregistrée, codifiée de la demande réelle, celle qui est mesurée par le système de soins. Elle ne permet pas de saisir l'ensemble des besoins de santé que des enquêtes directes permettraient de mettre à jour (PICHERAL, 1985).

- **Taux d'utilisation apparent**: Il est le rapport du nombre de consultants sur la population cible. Il sert, avec les aires de recrutement, à mesurer l'activité et l'attractivité des différents postes de santé. C'est également le rapport du nombre de consultants déclarés sur la population cible durant une période déterminée :

- **Aire de santé** : selon la loi d'orientation du Mali, c'est une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) habitants et formant la zone de constitution et d'intervention d'un centre de santé communautaire ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées ;

- **Association de Santé Communautaire (ASACO)**, est un regroupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé « Centre de Santé Communautaire » ;

- **Centre de Santé Communautaire (CSCOM)** est un établissement de santé de base construit sur une aire de santé par une association de santé communautaire. Le CSCOM comprend au moins un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels ;

- **District Sanitaire** : une circonscription sanitaire, qui constitue l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district sanitaire correspond au cercle ou à une commune urbaine de Bamako.

**PREMIERE PARTIE :**

**CARACTERISTIQUES PHYSIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET  
SOCIO- ECONOMIQUES DE LA COMMUNE I**

## **CHAPITRE I : PRESENTATION ET CARACTERISTIQUES PHYSIQUES**

### **I. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE**

Pour notre étude, nous avons choisi la commune I du District de Bamako. Ce choix n'est pas fortuit, en effet, nous sommes de cette commune et c'est dans cette commune que fut créé en 1989 le premier CSCOM du Mali.

De par sa population, la commune I occupe la 3<sup>ème</sup> place du District (RGPH, 2009) avec une population de 335 407 habitants et un taux d'accroissement de 5, 1%. Sa population qui était de 51 588 en 1976 a atteint 335 407 habitants en 2009 (RGPH).

Notre étude sera basée sur les quartiers de Banconi et de Korofina Nord.

Le quartier de Banconi est l'un des plus grands quartiers de Bamako. C'est un ancien quartier spontané restructuré après les lotissements de 1998. C'est le plus peuplé de la commune I et le second de part sa superficie. Selon les dernières estimations, il a une population de plus de 100 000 habitants. En 1998, la population était estimée 63 062 habitants (RGPH, 1998) soit 32% de la population de la commune. Ne disposant pas des données du dernier recensement par quartier, nous avons fait une projection en 2011 avec le taux d'accroissement actuel qui nous a donné 120 416 habitants.

Le quartier doit son nom à la rivière de bambou au bord duquel ses habitants étaient installés.

En Bambara, Banconi veut dire petite rivière des bambous<sup>10</sup>.

Le quartier fut fondé par Sala DIALLO en 1888 sous le règne de Maridjé NIARE. De 1888 à nos jours, Banconi a connu une extension jamais égalée. Il est divisé en 6 secteurs : Flabougou, Salembougou, Plateau, Layebougou, Zékènèkorobougou et Djanguinebougou. Certains secteurs sont aussi divisés en sous secteurs. Chaque secteur est dirigé par un chef secteur et des conseillers choisis parmi les notables. Les secteurs ont des spécificités qui leur sont propres. Les types d'habitat se diffèrent souvent au sein d'un même secteur. Comme c'est un ancien village restructuré en quartier, le chef est choisi dans la famille du fondateur. Généralement, c'est le plus âgé de la famille qui est choisi avec l'accord des notables. Le gouvernement avait voulu organiser en 2008 la profession du conseiller villageois et celui des quartiers ; cette situation avait soulevé un tollé au sein de la population puisque des nouveaux arrivants pouvaient prétendre au poste. La mesure voulait que les conseillers soient choisis par vote populaire et que les conseillers choisissent à leur tour le chef de village ou de quartier. Mais pour le moment, le décret a été suspendu.

---

<sup>10</sup> Plans d'Urbanisme Sectoriels de la Commune I du District de Bamako, p 13, 2009



La plupart des terrains a été attribuée par les autorités traditionnelles au prix de 10 noix de cola pour les premiers et à une somme forfaitaire pour la majeure partie de la population avant la réhabilitation. De nos jours, certains secteurs ont bénéficié des zones de recasement comme Djanguinebougou et Zékènèkorobougou. Ces nouvelles zones sont totalement résidentielles. Les maisons sont en dur dans ces nouvelles zones. Mais pour les autres, le type d'habitat est spontané avec des maisons en banco pour la plupart des cas en tôles. De nos jours, les terrains se vendent partout à des millions de franc CFA.

Le caractère de spontanéité du quartier lui a valu d'être dépourvu d'équipements de proximité, de réseau d'assainissement, de voirie, d'eau et d'électricité dans certains cas. Plusieurs espaces prévus pour la réalisation des équipements dans le cadre de la réhabilitation sont légalement occupés par les habitations ou utilisés pour d'autres fins. Dans cet habitat, les formes des tissus sont quasi irrégulières, les rues sont majoritairement étroites et sinueuses, le foncier n'est pas totalement régularisé<sup>11</sup>. L'emprise des rues varie entre 6 et 15m. Les formes des parcelles sont souvent irrégulières. Leurs dimensions varient entre 150 et 500m<sup>2</sup>. La réhabilitation s'est effectuée avec des arrangements, c'est la raison pour laquelle, il n'est pas rare de voir des rues tortueuses et souvent barrées.

Cette situation expose les populations à des risques sanitaires dans tous les secteurs notamment les inondations récurrentes, le manque d'hygiène. Les pathologies liées à l'eau sont nombreuses surtout pendant l'hivernage.

Le quartier est majoritairement habité par des artisans, des ouvriers et des employés de commerce. La population est majoritairement analphabète. Il est considéré comme un quartier dortoir.

Sur le plan des infrastructures sanitaires, Banconi abrite le premier CSCOM du Mali créé en 1989 par une ASACO (ASACOBAN)<sup>12</sup>. De nos jours, comme offre publique, nous avons un deuxième CSCOM à Djanguinebougou, un centre parapublic créé par l'association religieuse Ançar Dine en 2009. En ce qui concerne l'offre privée, elle est assez importante. Presque tous les secteurs en disposent au moins une structure privée. Quant à la médecine traditionnelle, elle s'organise de plus en plus avec l'association des tradithérapeutes du quartier.

L'offre informelle est surtout le fait des étudiants en médecine et des infirmiers à la retraite mais aussi de quelques praticiens qui n'ont aucune qualification en la matière. Nous avons également de nombreux jeunes médecins qui préfèrent s'installer dans leur quartier au lieu

---

<sup>11</sup> Idem, p 15 ; 2009.

<sup>12</sup> M. Audibert et al « Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives » p 7

d'aller servir en milieu rural. Ils sont surtout fréquentés par les hommes qui font la journée en ville.

Banconi abrite également de nombreuses vendeuses de médicaments traditionnels notamment dans les marchés et des vendeurs ambulants des médicaments que l'on appelle les *pharmacies par terre*<sup>13</sup>.

Le quartier de Korofina Nord a été créé suite au lotissement de 1965. Le quartier était appelé Tripano parce qu'il abritait le service trypanosomiase de la ville de Bamako à l'emplacement actuel de la grande mosquée du quartier face à la station de la radio Jékafo.

Il a une population de 14 350 habitants selon le RGPH 1998 soit 7% de la commune. Comme Banconi, nous avons fait une projection pour avoir la population en 2011, elle nous a donné 27 405 habitants.

Dans ce quartier, le maillage est régulier, les rues sont larges et les plus importantes sont bitumées et éclairées, le foncier est régularisé. L'emprise des rues varie entre 10 et 30 m et les maisons sont complètement viabilisées.

Les dimensions des parcelles varient entre 200 et 500 m<sup>2</sup>. On y rencontre les grandes parcelles dû aux concessions rurales transformées en habitation.

Contrairement à Banconi, Korofina Nord est un quartier résidentiel. Il est le chef lieu de la commune I et abrite de ce fait presque toutes les infrastructures communales (Centre de Santé de Référence [CSRéf], Mairie, etc.).

La population est en majorité alphabète et évolue le plus souvent dans le secteur formel (chefs d'entreprise, fonctionnaires, commerçants, etc.). Il abrite de nombreux anciens cadres des deux premiers régimes du Mali.

Sur le plan des infrastructures sanitaires, Korofina Nord abrite le CSRéf de la Commune, un CSCOM (ASACO NORD). En ce qui concerne l'offre privée Korofina Nord abrite également de nombreuses offres privées de la commune notamment l'offre spécialisée (soins dentaires, cliniques chirurgicales etc.).

Nous tenterons dans cette étude, de faire une étude de l'offre et de l'activité du système de soins dans ces deux quartiers à travers une approche géographique.

---

<sup>13</sup> Les pharmacies par terre sont des médicaments qui proviennent du Nigéria et qui sont vendus dans les rues et souvent étalés sur des tables à même le sol d'où le nom de pharmacie par terre. Ces pharmacies deviennent de plus en plus nombreuses dans les quartiers périphériques compte tenu de leur coût moins cher et le fait qu'elles vendent en détail.

Compte tenu du peu de temps que nous disposons, nous nous limiterons à ces deux quartiers et d'autres études dans le futur nous permettront élargir le champ à d'autres localités de la commune et du District notamment la rive droite qui connaît une croissance extraordinaire avec un taux de plus de 7% selon le dernier RGPH.

La photo ci –après présente l'image satellite des deux quartiers avec le centre ASACOBA et le CSREF de la Commune. L'image a été tirée de Google Earth.

**Image 1: Localisation N° 2 de la zone d'étude**



**Source:** Google Earth; 24 -12-2011

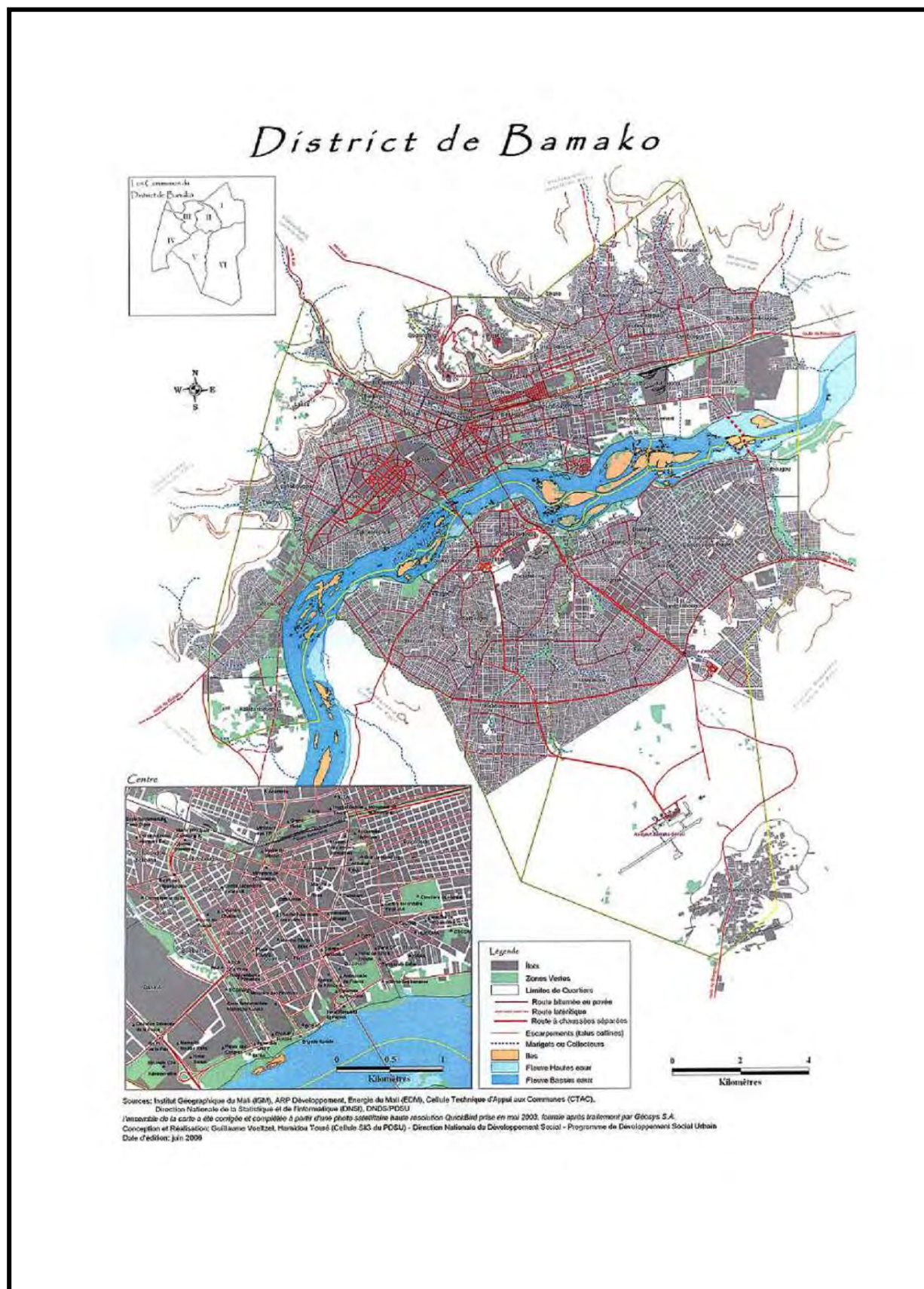
En observant l'image, nous constatons que les frontières sont naturelles avec les deux marigots. Mais, il faut savoir que les populations tiennent rarement compte des frontières. Une grande partie de Banconi Zékénékorobougou est située derrière le marigot. Finalement, la frontière a été réduite à un grand carré qui sépare Korofina Nord et Banconi. Les deux populations se côtoient mutuellement à tout moment. En cas de besoin, elles fréquentent le lieu le plus proche. C'est la raison laquelle, les centres de santé de Korofina sont largement fréquentés par les populations de Banconi. Les autres infrastructures sont dans la même situation. L'école fondamentale de Korofina Nord et le terrain de football du même quartier sont ainsi fréquentés par les populations de Banconi et de Fadjiguila. Les jeunes de Banconi n'ayant plus de stade de football se retournent vers Korofina pour avoir un temps de jeu. Ils forment le plus souvent une même équipe. C'est la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir les enfants des deux quartiers se fréquenter pour différents jeux d'où la nécessité de

prendre ensemble des mesures pour assainir les abords du marigot. Les insectes aussi ne connaissent pas de frontière. Ils se déplacent là où ils ont quelques choses pour se nourrir. Du même, les populations situées sur les deux rives du marigot ont presque les mêmes pathologies (paludisme, diarrhée, IRA, etc.). Ainsi, les populations de Banconi Razel refusent de faire partie de Banconi alors que leur territoire est une zone de recasement de celui-ci, en plus, beaucoup de ces habitants étaient dans les autres secteurs de Banconi. Après les lotissements, il a été décidé de construire toutes les maisons en dur d'où la construction de belles maisons au Razel. Les populations de Banconi aussi refusent que ce secteur soit détaché de leur quartier.

Les deux cartes ci-dessous représentent l'organisation de l'espace dans le district et dans la commune I.

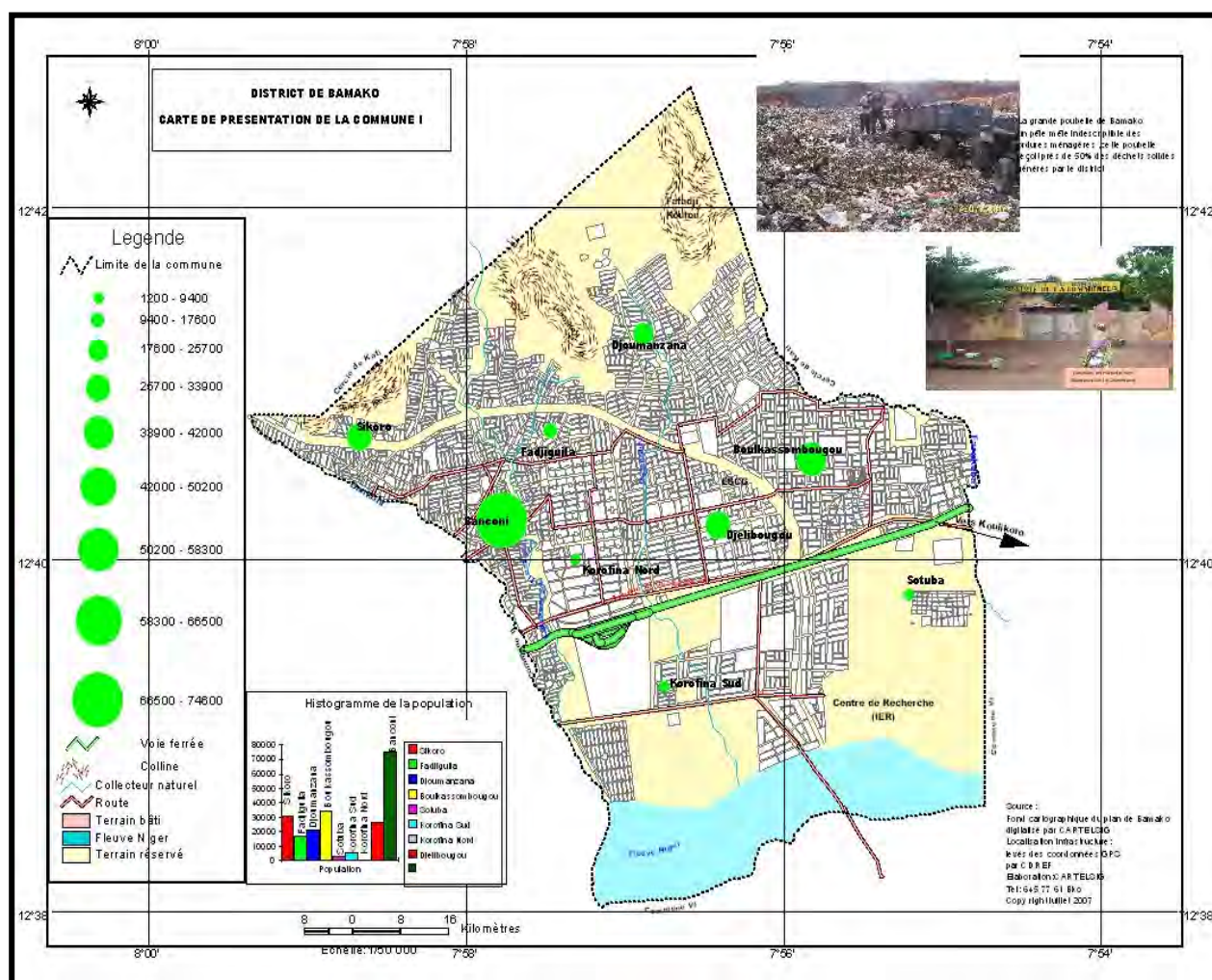


**Carte 2 : Organisation de l'espace du District de Bamako**



**Source :** Mairie du district « Métropole de Bamako : les nouvelles centralités », 2011, p 6

### Carte 3 : Organisation de l'espace en Commune I



**Source :** Monographie de la Commune I, 2007, p 21.

Comme toutes les autres communes du District de Bamako, la commune I est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation et de la gestion administrative héritée de la période coloniale.

En effet, le Mali a très tôt senti le besoin de disposer d'entités juridiquement reconnues ayant l'autonomie financière et de gestion pour assurer la mise en œuvre de la volonté d'une gestion administrative décentralisée. Mais la formule adéquate semble difficile à trouver eu égard à la complexité de la question, lorsqu'il s'agit de donner forme et contenu à l'entité territoriale elle-même. Cependant depuis le Soudan français, plusieurs entités ont vu le jour et avaient été plus ou moins reconnues comme des collectivités décentralisées. Parmi elles figuraient les

communes. Celles – ci avaient des statuts différents selon l'importance que leur accordaient les autorités desquelles elles émanaient<sup>14</sup>.

C'est ainsi que les communes de Kayes et de Bamako furent créées en 1918. Elles ont été suivies de plusieurs autres, notamment celles de Ségou, Mopti, Sikasso, Kita, Nioro, Kati, Koulikoro, Koutiala, San, Tombouctou et Gao pendant la colonisation. Et plus tard, tandis que la Première République du Mali n'a vu naître aucune commune, la Deuxième consacrera la création de la commune de Bougouni, mais surtout l'érection de Bamako en District composé de communes par l'Ordonnance N°77-44/ CMLN du 12 juillet 1977, portant réorganisation territoriale et administrative du Mali. Cette Ordonnance fut suivie par une autre, N°78-34/ CMLN du 18 août 1978, fixant les limites du District de Bamako, ainsi que les limites et le nombre des communes qui le composent, et ce, après que l'Ordonnance N°78-32/ CMLN du même jour a fixé le Statut particulier du District de Bamako.

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord- Est du district de Bamako.

### ***1.1. Situation géographique***

Elle est comprise entre le 12°72'W et 16°62'N de latitude. Elle est limitée :

- au Nord par les communes rurales de Dialakorodji et de Sangarebougou,
- au Sud par une portion du fleuve Niger,
- à l'Est par le marigot de Faracoba (limite avec la commune de N'Gabacoro droit)
- à l'Ouest par le marigot de Banconi (limite avec la commune II).

Elle est constituée de 9 quartiers : Banconi, Boukassoumbougou (Konatébougou, Kouloubléni), Djélibougou, Doumanzana (Nafadji, Badjanbougou), F adjiguila, Korofina Nord, Korofina Sud(Babouyabougou), Sikoroni et Sotuba.

---

<sup>14</sup> Monographie de la commune, 2007, p11



**Tableau 1 : Les superficies en Km<sup>2</sup> et en hectare des différents quartiers de la commune I.**

N°	Quartier	Kilomètre carré (Km <sup>2</sup> )	Hectare
1	Banconi	10	1000
2	Boukassoumbougou	3,41	341
3	Djélibougou	2,21	221
4	Djoumanzana	4,38	438
5	Fadjiguila	0,28	28
6	Korofina Nord	1,32	132
7	Korofina Sud	1,77	177
8	Sikoroni	1.54	154
9	Sotuba	12	1200
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>37,62</b>

**Source :** Mairie de la commune I, Monographie 2007

### 1.2. Relief

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et collines de type granitique avec un sol accidenté, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures. Mais malgré cet état de fait, les habitants continuent de construire sur le relief (**Photo 1**). Cette situation rend difficile la tâche de la mairie notamment à Banconi, Sikoro et Nafadji. Ces zones difficiles d'accès ne possèdent pas de points d'eau suffisants.

**Photo 1:** Construction sur le relief à Banconi Zékénékorobougou



**Source :** Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009. p21

### 1.3. Climat

Le climat est de type tropical caractérisé par une saison sèche froide de novembre à janvier et chaude de février à mai. Une saison humide de juin à octobre avec une pluviométrie très variable.



La saison sèche est propice au développement des maladies respiratoires et la rougeole tandis que la saison humide est favorable aux maladies diarrhéiques et au paludisme.

#### **1.4. Hydrographie :**

Le réseau hydrographique de la commune I est constitué de marigots et le fleuve Niger. Les marigots sont au nombre de quatre (4) et servent de frontières naturelles entre les quartiers et entre communes. Ils sont : le Tienkolé, le Banconi, le Farakoba et le Molobalini.

- le Tienkolé ou Farakoba : il s'étend sur une longueur de 5 km environ et sert de frontière entre Banconi et Korofina Nord. Il se joint au marigot de Banconi au niveau de la frontière Korofina Nord- Bougouba avant de se jeter dans le fleuve Niger.
- le Banconi : il s'étend sur une longueur de 7 Km environ. Le nom de Banconi vient de ce marigot et sert de frontière entre Banconi et Sikoroni d'une part et entre Commune I et la commune II d'autre part.
- le Farakoba : il s'étend sur une longueur de 6 K m environ et est situé entre Boukassoumbougou et Titibougou (Commune de N'gabakoro Droit).
- le Molobalini : il s'étend sur une longueur de 6 K m environ. Il est situé entre Djélibougou et Korofina Nord. Il provoque chaque année des dégâts souvent des pertes en vie humaine d'où le nom de Molobalini (effronté) en Bambara.

L'existence de ces marigots pose un certain nombre de problèmes de santé en tant que foyer de maladies transmises par des insectes (paludisme) et la pollution des eaux (odeurs).

De plus, ces marigots sont parfois des lieux de prolifération des déchets ménagers et de dépôts anarchiques, ce qui peut être source de pollution des eaux souterraines (**photos 2 ; 3**) du Tienkolé au niveau de Zékénékorobougou et Layebougou. La perméabilité des sols favorise cette pollution progressive des nappes. Cette situation se rencontre dans tous les quartiers, mais elle est plus développée à Banconi.

**Photo 2 :** Dépôt sur le marigot



**Photo 3 :** Eaux usées des ménages



**Source :** cliché du 11 novembre 2011 ; M. Kodio ;

Cet environnement nauséabond est le lieu de sport privilégié pour les enfants qui n'ont pas d'autre terrain de sport (**photos 4 ; 5 ; 6 et 7**). Cette situation les expose à de nombreux risques et maladies. Il n'est pas surprenant de voir que 70% des causes de consultation dans tous les centres de Banconi sont dues aux maladies liées à l'environnement (Paludisme, Diarrhée, etc.). Le nombre de cas de diarrhée recensé interpelle tout le monde (près de 5000 cas pour ASACOBAB).

**Photos : Les enfants jouant dans les berges du marigot (Banconi)**

**Photo 4 :** Enfants jouant au marigot



**Photo 5 :** Enfants fouillant les ordures



**Photo 6 :** Enfants jouant à la berge



**Photo 7 :** Enfants jouant dans les ordures



**Source :** Cliché du 6 novembre 2011 ; M. Kodio

### **1.5. Evolution historique de l'aire d'étude**

L'histoire de la commune I est celle des différents quartiers qui l'a constitue. Ces quartiers étaient des villages fondés par des habitants venant des autres régions. Nous avons ainsi des quartiers précoloniaux, des quartiers coloniaux et des quartiers postcoloniaux.

#### **1.5.1. Période Pré- Coloniale**

Après la chute du royaume bambara de Ségou, les bambaras traversèrent le fleuve pour venir s'installer dans la région de Koulikoro. Après, ils s'approchèrent de la ville de Bamako en créant de nombreux villages dont Djoumanzana en 1528. Ensuite, le quartier de Djélibougou fut créé par les Koita venus de Kita en 1652; quant à Sikoro, il fut créé en 1882 par les Niakhaté venus de la région de Kayes pour ensuite s'installer à Niarela. Les Niakhaté sont devenus les Niaré. Ils sont considérés avec les Touré et les Dravé comme les fondateurs de la ville de Bamako.

Ces trois villages se limitaient à leurs noyaux composés des familles fondatrices (les deux familles Coulibaly et Traoré pour Djoumanzana, les familles Koita et Konaté pour Djélibougou et les familles Niakaté, Doumbia et Coulibaly pour Sikoro) le marigot Tienkolé servait de frontière naturelle entre les villages Djoumanzana et Mékin Sikoro. Les habitants vivaient de l'agriculture, de l'élevage et de la chasse.<sup>15</sup>

#### **1.5.2. Période coloniale**

Outre le développement des noyaux existants (Djoumanzana, Djélibougou et Sikoro), d'autres villages ont été fondés pendant cette période. Il s'agit de :

- Banconi en 1888 par Salah DIALLO ;
- Boulkassoumbougou, en 1908 par Boulkassoum MAGASSA ;
- Fadjiouila, en 1920 par Dianguiné Diarra ;
- Korofina Sud, en 1900 par Moussafing Diatré ;
- Sotuba vers 1900 par Bakary Keita. Réinstallé par les colons en 1914.

Ces nouveaux villages ont été installés avec la bénédiction des Niaré.

---

<sup>15</sup> Plans d'urbanisme Sectoriels de la commune I, Mairie de la commune I 2009, P16

### **1.5.3. Période Post Coloniale**

Devenue capitale de la République du Mali en 1960, la ville de Bamako s'est vite développée. Depuis, le spontané s'est développé autour des anciens noyaux et beaucoup de lotissements ont été réalisés dans la commune I. il s'agit :

- des quartiers de Korofina Nord et de Djélibougou 1<sup>ère</sup> extension de 1960 à 1965;
- des lotissements de Korofina Sud, Djoumanzana zones de recasement I, II et III de 1978 à 1979;
- des différents lotissements dans l'aire d'étude de 1998 à nos jours dont ACI Sotuba, les zones de recasement de Bougouba, Babouyabougou et Sotuba village, la cité de la solidarité, les 84 hectares à Djoumanzana etc.

Dans tous ces quartiers, la chefferie est issue de la lignée des familles fondatrices. Les nouvelles zones sont directement rattachées au quartier d'origine.

## **II. STRUCTURE URBAINE**

En commune I, l'organisation urbaine est organisée autour de deux types d'habitat : l'habitat irrégulier (spontané restructuré, spontané) et l'habitat régulier (moderne).

### **2.1.L'habitat irrégulier**

Nous appelons habitat irrégulier, les zones qui ont été habitées avant leur lotissement. Ce type d'habitat est le plus nombreux en Commune I. Nous les rencontrons dans les quartiers de Banconi, de Djoumanzana, de Sikoro, de Fadjiguila de Boulkassoumbougou (Bobobougou), de Sotuba (village) et de Korofina sud (Babouyabougou). Ces différentes zones n'ont aucun papier délivré par les autorités. Elles ont été vendues par les notables ou les familles fondatrices souvent à des prix dérisoire. C'était le plus souvent les anciens champs de culture.

Le démarrage des travaux de restructuration de ces zones (ou de réhabilitation dans certains cas) est devenu effectif en 1999 par les opérations d'ouverture des voies. Ces travaux sont toujours inachevés. Ce sont les anciens habitats spontanés qui ont été restructurés par les différents lotissements d'où leur nom d'habitat spontané restructuré. Les maisons sont en semi dures. Aujourd'hui, les autorités essaient de les régulariser avec les permis d'occuper ou les lettres d'attribution. Mais, il faut savoir que les populations n'adhèrent pas à cette politique. Les gens prennent le permis ou la lettre qu'en cas de besoin (litige foncier, installation d'eau ou électricité, etc.).

Le constat effectué a montré qu'une grande partie des zones concernées par ce type d'habitat est dépourvue d'équipements de proximité, de réseaux d'assainissement et voire d'eau et

d'électricité dans certains cas<sup>16</sup>. Plusieurs espaces prévus pour la réalisation des équipements par les plans initiaux de réhabilitation sont légalement occupés par les habitations ou utilisés pour d'autres fins.

Dans ce type d'habitat, les formes des tissus sont quasi irrégulières, les rues sont majoritairement étroites et sinueuses, le foncier n'est pas totalement régularisé. L'emprise des rues varient entre 6 et 15m. Les formes des parcelles sont souvent irrégulières. Leurs dimensions varient entre 150 et 500m<sup>2</sup>.

Au sein de ce type d'habitat, nous rencontrons également l'habitat de type spontané dans les quartiers de Djoumanzana Nafadji, Banconi (Sourakabougou ; Zékénékorobougou), Sikoro (Papèrin), à l'Est de Djoumanzana et sur l'emprise du chemin de fer de Djélibougou à Sotuba. Dans ces habitats, les conditions sont précaires, les formes des tissus sont irrégulières, les rues sont étroites et sinueuses, le foncier n'est pas régularisé. L'emprise des rues varie entre 5 et 10m. Les formes des parcelles sont irrégulières. Ces zones sont en attente de lotissement ou sont destinées à d'autres fins (chemin de fer).

Dans l'habitat irrégulier, nous rencontrons en général l'habitat de type traditionnel. Ce type d'habitat est le plus nombreux en commune I (**Photo 8**). Ce type d'habitat se caractérise par :

- les maisons en banco, les toitures en terrasse ou en tôle ondulée.
- les latrines traditionnelles avec des murs souvent courts (ne dépassant pas 1m60 de hauteur).

Dans ce type d'habitat, les conditions d'hygiène sont précaires.

## 2.2. L'habitat régulier

On le rencontre à Djélibougou, Korofina Nord, Korofina sud, Boukassoumbougou, et dans les lotissements de Djoumanzana, Sotuba et au Banconi Razel. Ce sont des zones vendues après lotissements. Ce type d'habitat est fréquent dans les zones de recasement. Ces habitats ont soit un permis d'occuper ou une lettre d'attribution délivrée par les autorités. Dans certains cas, les propriétaires ont le titre foncier comme à Korofina Nord, Djélibougou et une partie de Boukassoumbougou.

Dans ce type d'habitat, le maillage est régulier, les rues sont larges et les plus importantes sont bitumées et éclairées, le foncier est régularisé. L'emprise des rues varie entre 10 et 30 m. Certains lotissements sont complètement viabilisés. Les dimensions des parcelles varient entre 200 et 500 m<sup>2</sup>. On rencontre les grandes parcelles à Korofina Nord dû aux concessions rurales transformées en habitations.

---

<sup>16</sup> Mairie de la commune I Op cit, P18

Mais, il n'est pas rare de constater souvent dans ces quartiers une insuffisance ou un manque dans certains cas, de réseaux d'assainissement, et d'adduction d'eau.

Quelques lotissements récents réalisés à Sotuba bénéficient d'une viabilisation satisfaisante.

Quant à la zone d'habitat régulier, les maisons sont de type moderne. On le rencontre pratiquement dans tous les quartiers de l'aire d'étude (**Photo 9**).

Dans ce type d'habitat, les murs sont en matériaux durables et les toitures en tôle ou en dalle. Les soubassements sont en moellon hourdé au mortier de ciment. Les toilettes sont modernes. Les villas de type haut standing qu'on rencontre dans certains nouveaux lotissements éclusèrent parfaitement l'habitation moderne.

Le gouvernement avait lancé une campagne de régularisation pour permettre aux différentes familles d'avoir une lettre d'attribution ou un permis d'occuper mais cette opération n'avance guère. Elle a été confrontée à l'opposition des chefs de quartiers et de secteurs qui ont jugés la somme trop élevée (175 000 f CFA). Ils avaient proposé la somme de 75 000 f CFA que le gouvernement aussi a refusé.

**Photo 8:** Habitation type traditionnel

**Photo 9:** Habitation type moderne



Source : Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009. (Banconi ; Doumanzana) p18

## **2.3. Zones d'activités**

Les zones d'activités constatées dans la commune sont : les zones d'exploitation de carrière, les zones de maraîchage et les zones de culture.

### **2.3.1. Zones d'exploitation des carrières**

La commune I accueille également l'exploitation de plusieurs carrières dont la carrière de sables à Razel. Une carrière où il subsiste des problèmes entre les propriétaires de terrains et les exploitants, car l'habitat au flanc du site reste du spontané. Après plusieurs consultations entre les belligérants, la situation reste intacte et tendue. Les exploitants pensent qu'ils ont été déboutés par la Mairie et les riverains.

Les carrières de pierre sont à Nafadji. La partie de la côte Est est dispersée car elle fait l'objet de beaucoup d'accidents. Le côté Nord de Nafadji vers Kati offre un problème de délimitation



avec le cercle de Kati. Mais les propriétaires qui sont situés à côté de ces carrières se plaignent chaque fois à la Mairie pour demander une fermeture de ces carrières qui s'approchent dangereusement de leur habitat (**Photo 10**). Le côté Nord-Ouest du site de Kognoumani est partagé entre la Commune I et celle de Djalakorodji, avec une situation et condition d'exploitation assez acceptables et favorables.

**Photo 10:** Habitations sur/à côté d'une colline de sable en phase d'exploitation



Source : Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009. P19

### ***2.3.2. Zone de maraîchage***

Le maraîchage est pratiqué dans la commune principalement:

- le long de la voie ferrée de Korofina Sud et à Sotuba ;
- dans les parcelles en attente de construction (**Photo 11**) notamment dans le quartier de Korofina Sud, Sotuba;
- et sur une partie des servitudes des cours d'eau de Banconi et Molobalini.

Les vingt hectares (20ha) prévus par le Schéma Directeur d'Urbanisme pour le maraîchage à Sotuba ont été morcelés en parcelles à usage d'habitation.

**Photo 11:** Maraîchage sur des parcelles en attente de construction à Korofina Sud



Source : Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009 p 20

### ***2.3.3. Zone de culture***

Cette activité est en voie de disparition dans la Commune I à cause de son interdiction par les autorités communales. Toute fois, on constate son exercice sur le plateau de Nafadji Koulou.

Les zones qui devraient être réservées pour l'expérimentation agro-pastorale à l'Institut d'Economie Rurale et le Laboratoire Central vétérinaire de Sotuba se réduisent de plus en plus

par l'avancée de l'urbanisation notamment avec la zone de l'Agence de Cession Immobilière (ACI) de Sotuba. Quant aux espaces verts et les places publiques, ils sont tout le temps morcelés et vendus par les différents conseils communaux. Les seuls espaces qui ont échappé à cette situation se retrouvent ci – dessous :

- une plantation d'arbres le long de la RN 27 de l'intersection Djélibougou Djoumanzana jusqu'à Boukassoumbougou.
- deux bois sacrés à Djoumanzana Nafadji ; Il faut reconnaître que les habitants de ce secteur de Doumanzana conservent jusqu'à présent certaines traditions ;
- un bosquet à Djoumanzana Nafadji ;
- une plantation d'arbres à Djélibougou en face de Mali Enjeu ;
- le bosquet du cinquantenaire à Banconi Zékénékorobougou.



## CHAPITRE II : POPULATION ET INFRASTRUCTURES

### 2.1. Population

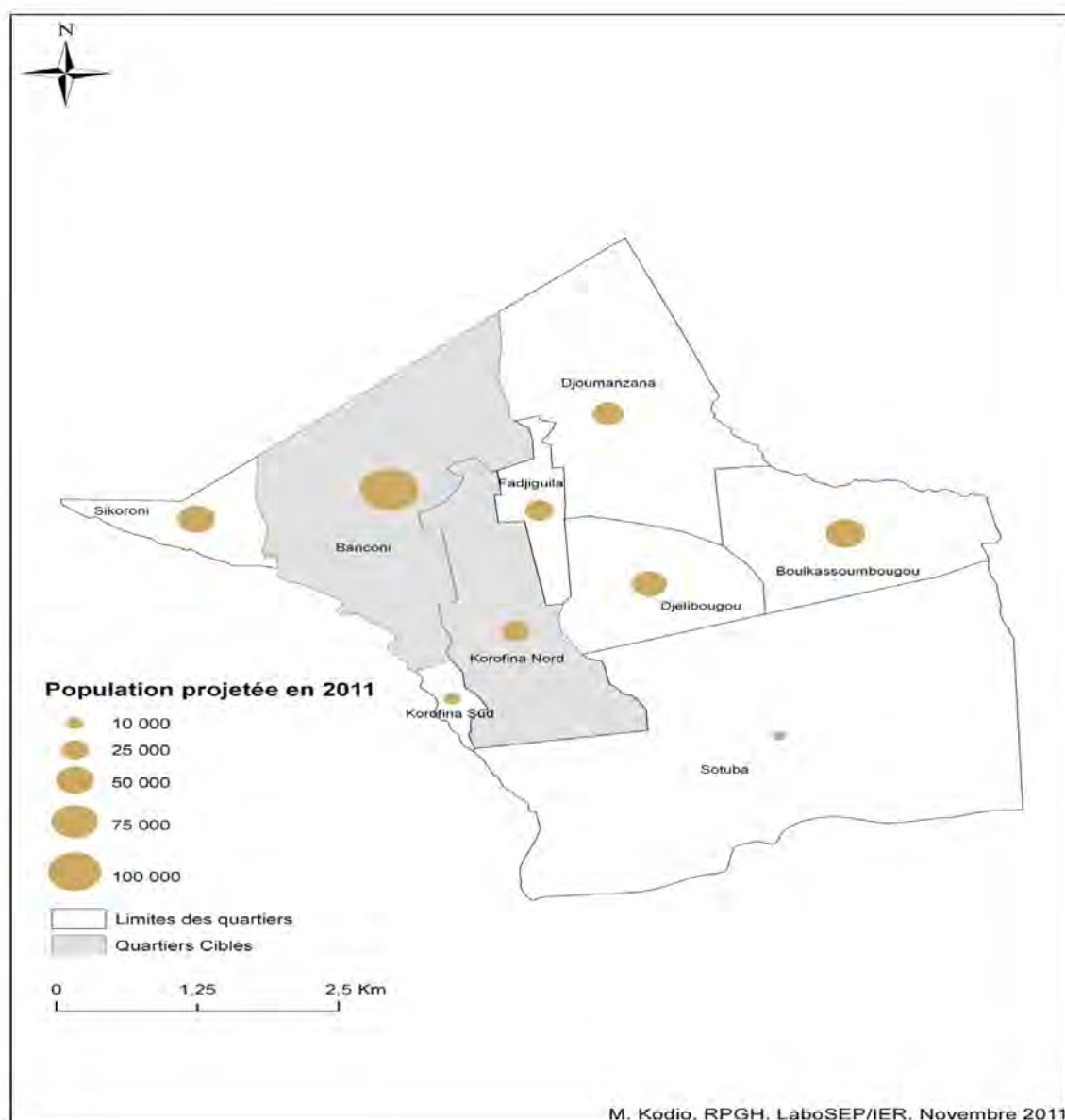
#### 2.1.1. *Population de la Commune I par rapport au District de Bamako*

Selon le RGPH 2009, la commune I se classe au troisième rang des communes les plus peuplées du District de Bamako avec 335 407 habitants. Elle suit les communes V et VI qui ont respectivement 414.668 et 470 269 habitants. Il faut reconnaître que les données par quartier du recensement ne sont toujours pas disponibles. Nous avons été obligé de projeter la population du recensement de 1998 avec le taux d'accroissement issu du dernier recensement. Cette projection nous a permis de faire la carte de la répartition de la population (**carte 4**).

Nous avons également utilisé la projection pour la répartition de la population par tranche d'âge. Cette projection ne peut être qu'une moyenne et ne reflète pas exactement la population actuelle. Les quartiers de Sotuba, de Banconi, de Sikoroni et de Doumanzana ont subi un grand changement de 1998 à nos jours à travers les nouvelles zones de recasement.

Quant à la répartition par tranche d'âge, il faut reconnaître que nous avons pris la moyenne communale alors qu'il existe une grande différence entre les quartiers. Le quartier de Korofina –Nord dispose d'un plus grand nombre de personnes âgées car il fut le quartier des Hauts Cadres des deux premières Républiques entre 1960 et 1985. C'est un quartier où la part de la population adulte est assez importante. Mais faute de données, nous étions obligé de procéder ainsi afin d'avoir des données utilisables. Nous avons fait plusieurs tours à l'Institut National de Statistique pour avoir les résultats du dernier recensement sans suite. On nous a fait savoir que les résultats seront disponibles en janvier 2012.

#### Carte 4 : Répartition de la Population par quartier



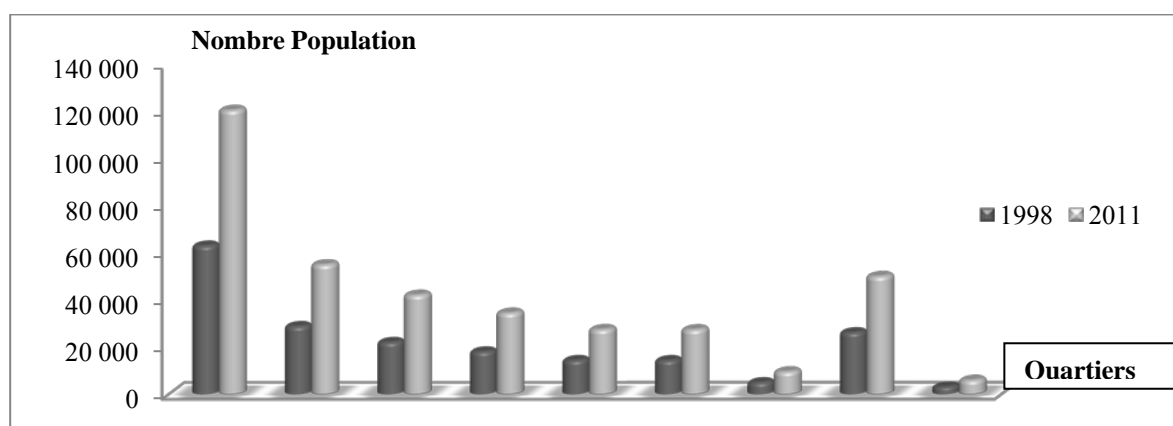
**Tableau 2: Population des Communes du District de Bamako**

Communes	Population	Pourcentage %
Commune I	335 407	18,54
Commune II	159 805	8,83
Commune III	128 872	7,12
Commune IV	300 085	16,59
Commune V	414 668	22,92
Commune VI	470 269	26
<b>District</b>	<b>1 809 106</b>	<b>100</b>

Source : RGPH, 2009.

Nous remarquons que les deux communes de la rive droite connaissent un accroissement rapide et brutal. Les communes II et III qui abritent les anciens quartiers de la ville et qui sont situés au centre ville sont les moins peuplés avec respectivement 159 805 et 128 872 habitants. Il faut reconnaître que les habitants de ces communes se sont installés sur la rive droite laissant souvent à la maison les aînés de la famille et d'autres dans les périphéries comme Kalanban coro ; Moribabougou, etc. Ces nouvelles zones ne bénéficient pas d'infrastructures suffisantes à leur accroissement. Les populations sont obligées de fréquenter les infrastructures des communes limitrophes.

**Graphique 1 : Population 1998-2011**



**Source: RGPH 1998, données projetées**

Banconi reste de loin le quartier le plus peuplé suivi de Boukassoumbou, Sikoroni et Djelibougou. Mais si nous regardons la configuration actuelle des quartiers, Doumanzana semble être le deuxième quartier le plus peuplé après Banconi puisqu'il a reçu le plus grand boom avec la restructuration. Mais ne disposant pas de population par quartier, nous ne pouvons nous limiter qu'aux données actuelles disponibles.

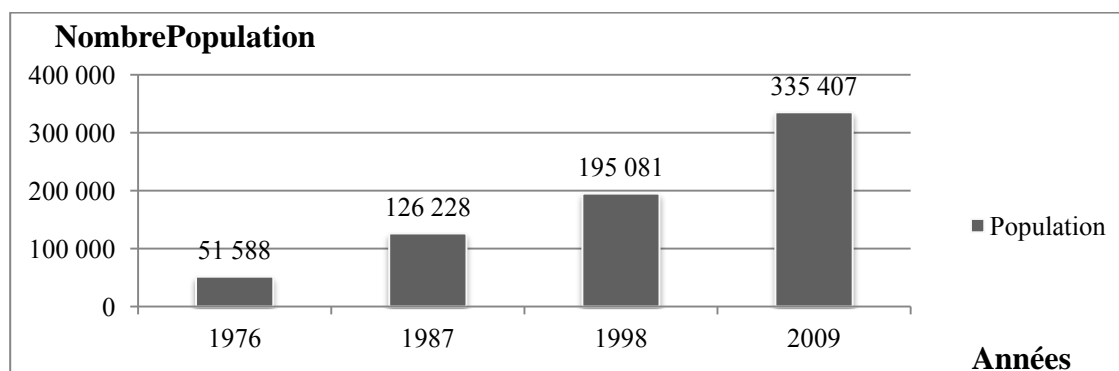
### **2.1.2. Répartition de la population selon le sexe et l'âge**

La population de la commune I est estimée à 335.407 habitants (RGPH 2009) répartie en 168.348 Hommes et 167.059 Femmes pour 52.943 ménages. La population active est estimée à 160.123 habitants. La population de 3 à 6 ans c'est-à-dire celle en âge de préscolarisation est estimée à 47 917 enfants en 2009.

Ce graphique ci-dessous montre l'évolution rapide de la commune à travers les différents recensements. La population qui était de 51 588 en 1976 atteint 126 228 soit un dédoublement entre deux recensements. Cette évolution continue avec un ralentissement entre 1987 et 1998 soit un écart de 68853. La progression se poursuit entre 1998 et 2009 à un rythme soutenu. Cette évolution de la commune traduit l'évolution rapide de la population du District de

Bamako avec le taux de croissance le plus élevé en Afrique selon le rapport 2010 de l'INSTAT avec un taux d'accroissement de 5%. Cette situation inquiète les autorités du District qui se retrouvent dans un dilemme entre une évolution et les besoins en infrastructures socio-économiques.

**Graphique 2: Evolution de la population de la commune I de 1976 à 2009**



**Tableau 3 : Répartition de la population par tranche d'âge de la commune I en 2011**

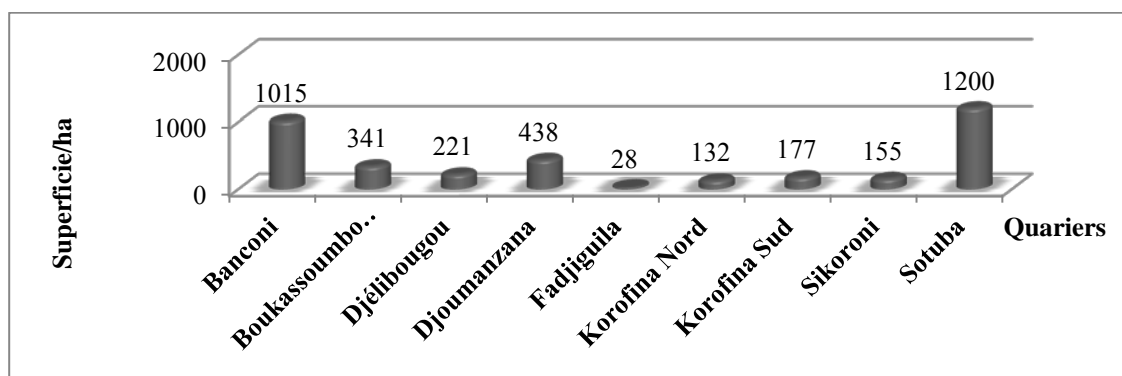
Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
0 - 4 ans	28 149	27 703	55 852
5- 9 ans	26 325	25 803	52 128
10- 14 ans	23 089	25 316	48 405
15- 19 ans	20 106	24 575	44 681
20- 24 ans	19 710	19 014	38 724
25 - 29 ans	16 457	15 192	31 649
30- 34 ans	13 814	12 250	26 064
35- 39 ans	12 287	10 054	22 341
40-44 ans	8 914	6 724	15 638
45- 49 ans	6 367	4 803	11 170
50-54 ans	5 182	3 754	8 936
55-59 ans	3 782	2 175	5 957
60-64 ans	2 613	1 855	4 468
65- 69 ans	1 615	991	2 606
70 - 74 ans	1 005	857	1 862
75- 79 ans	394	351	745
80 et +	2 278	2 190	4 468
Total	192 087	183 607	375 694

Source : RGPH 1998, projetées

En observant le graphique, nous remarquons des situations difficilement explicables. Pour les moins de 5 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles. Cette situation se comprend bien puisqu'il naît plus de garçons que de filles. Par contre, pour les moins de 10 ans, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles soit 26325 contre 25 803. Cette situation ne se comprend pas car il est généralement reconnu que les filles sont plus nombreuses que les

garçons car ceux-ci connaissent une forte mortalité entre 5-10 ans due à leur fragilité et à leur turbulence (les différents jeux). Nous constatons le contraire sans explication. Il pourrait être dû à l'exploitation des données même si les données sont issues du RGPH. Les données du recensement de 2009 pourraient confirmer ou infirmer ces données issues de la projection du RGPH de 1998. Pour les moins de 20 ans, les femmes sont nombreuses que les hommes, ce fait est normal puisqu'il doit être la continuité de la tranche précédente. De 20 ans à 60 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes. Cette situation est le fait de l'exode rural. Il faut savoir que la Commune I est considérée comme un dortoir à cause de nombreux quartiers périphériques où les loyers sont moins chers. En ce qui concerne les plus de 60 ans, les hommes dépassent de loin les femmes. Cette situation aussi est difficilement explicable car les faits ont toujours montré qu'à plus de 60 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. L'exode rural ne peut pas expliquer ce fait. En effet, les plus de 60 ans ne connaissent pas d'exode rural. Les hommes subissent également de nombreux risques. Même en se promenant dans les rues de la commune, on voit beaucoup plus de vieilles femmes que de vieux hommes. Il est nécessaire de chercher les causes de ces différents constats pour voir réellement les causes et faire une conclusion. Les moins de 15 ans représentent 42% de la population. Les 60 ans et plus représentent 3,8% de la population. Les hommes représentent 51%. Quant aux femmes en âge de procréer, elles représentent 25%. Cette situation traduit la spécificité dans les soins de santé pour une prise en charge de ces différentes couches fragiles de la société avec des pathologies spécifiques à chaque couche. Elle traduit les besoins d'un tel pays. Il est caractéristique des pays en voie de développement où une minorité de la population est obligée de fournir des efforts pour satisfaire les besoins de l'ensemble de la population. La couche fragile représente plus de 70% de la population totale. Donc toute politique de santé dans la commune doit tenir compte de ces couches fragiles afin de mieux prendre en charge les besoins réels de santé de la population.

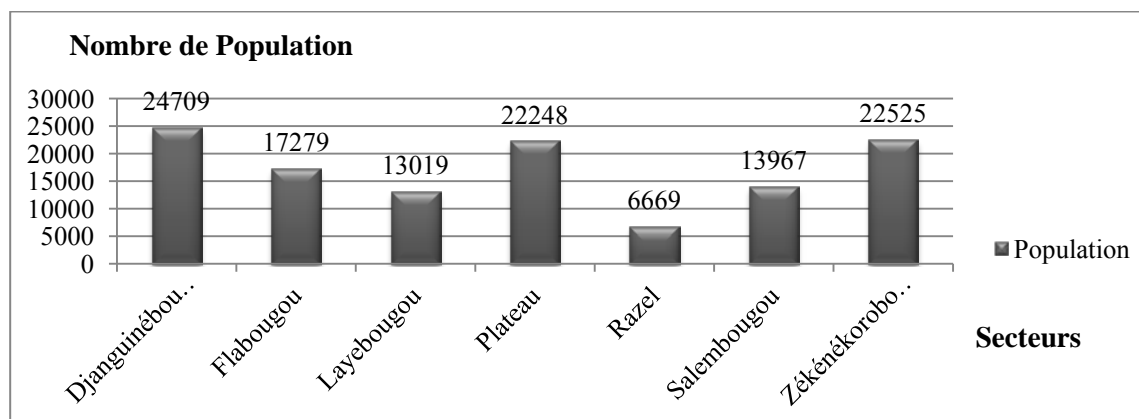
**Graphique 3: Répartition de la superficie par quartier de la commune**



**Source :** Mairie de la commune I, Monographie, 2007

Le graphique représente la superficie des différents quartiers. Il ressort que le quartier le plus vaste est celui de Sotuba alors qu'il a la plus petite population soit une densité de 120hbs/km<sup>2</sup> contre 18 344hbs/km<sup>2</sup> pour Boukassoumbougou. Quant aux deux quartiers d'étude, Banconi a une densité de 11 863 habitants/km<sup>2</sup> alors que Korofina Nord a 20761 habitants/km<sup>2</sup> contre 6958 habitants/km<sup>2</sup> pour l'ensemble de la capitale. Nous pouvons conclure qu'il y a une bonne densité. Cette situation est favorable aux maladies de promiscuité (rougeole; tuberculose, etc.).

**Graphique 4: Répartition de la population de Banconi par secteur**



**Source :** Mairie de la commune I, données 2007 projetées

Le secteur le plus peuplé est Dianguinebouougou avec 21%, suivi de Zékénékorobougou 19% et de Plateau 18%. Il faut savoir que Razel est un sous secteur de Zékénékorobougou, mais comme les habitants le disent, compte tenu de la viabilisation de leur secteur, ils préfèrent faire partir de Korofina Nord avec qui, ils ont beaucoup de similitudes. Mais administrativement, Razel relève de Zékénékorobougou. Nous avons voulu représenter cette partie comme un secteur à part parce qu'il n'a pas les mêmes réalités socio-économiques avec les autres secteurs de Zékénékorobougou. Il est le secteur le moins peuplé avec 5%.

Flabougou est le secteur qui a subi beaucoup de transformation. Ces habitants se sont surtout installés au Razel et Banconi Farada, il a 14% de la population. Le secteur de Salembougou vient en 5<sup>ème</sup> position avec 12% et Layebougou vient avec 11%.

Le secteur de Salembougou a la plus forte densité du quartier. Cette situation se comprend aisément. Il faut savoir qu'il est le premier secteur du quartier et abrite jusqu'à présent les grandes familles. Quant au Razel, il est nouvellement créé et abrite de familles soninké du cercle de Banamba or il est reconnu que les Soninké aiment le regroupement familial. Ces deux secteurs ont également les plus petites superficies du quartier.

**Tableau 4: Répartition par population, Superficie et par densité**

Secteur de Banconi	Population	Superficies en hectare	Densité en HA
Dianguinebougou	24 709	221,9	111
Razel	9 669	36,54	265
Zékénékorobougou	22 025	241,5	91
Layebougou	12 019	110,9	108
Flabougou	17 279	141,31	122
Salembougou	13 967	38,73	360
Plateau	20 748	224,12	93
<b>Total</b>	<b>120 416</b>	<b>1015</b>	<b>118</b>

**Source :** Mairie Commune I ; données 2007 projetées

### 1- Naissance et décès

De 1998 à 2006, il a été enregistré 122078 naissances vivantes et 3601 décès soit une proportion de décès de 2,95%. Les naissances ont connu une grande évolution en 1998 avec 22738 naissances et ont considérablement régressé de 1999 à 2003 avec une légère hausse en 2004 et 2005 sans atteindre le chiffre de l'année 1998 (Mairie de la commune I, 2007). Il faut savoir que nous ne pouvons pas faire confiance à ces données puisque l'état civil est très mal exploité. Beaucoup de naissances ne sont pas enregistrés. Quant aux décès, on les enregistre en cas de besoin. Les gens n'ont pas l'habitude d'enregistrer les décès. La tradition veut qu'on laisse les morts tranquilles et qu'on les respecte. Les décès des femmes et des enfants ne sont pas enregistrés. Quant aux hommes, leurs décès sont enregistrés le plus souvent pour des besoins administratifs. En effet, pour établir les certificats d'hérédité, on est obligé de présenter les certificats de décès. Cette situation se présente le plus souvent chez les ménages polygames. En cas de décès du chef de ménage, pour transférer la pension ou bénéficier d'une indemnité de décès, il est également obligatoire de présenter le certificat de décès. C'est la

raison pour laquelle, dans tous les centres d'état civil, vous trouverez plus d'hommes que de femmes enregistrés.

**Tableau 5: Répartition des naissances et des décès de 1998 à 2006**

Années	Naissances	Pourcentage %	Décès	Pourcentage %
1998	22 738	18,62	223	6.19
1999	11 797	9,66	353	9.8
	11 921	9,76	329	9.14
2001	11 877	9,73	141	3.91
2002	11 531	9,44	343	9.52
2003	11 787	9,65	571	15.87
2004	12 892	10,574	518	14.38
2005	14 647	12	544	15.11
2006	12 908	10,57	579	16.08

**Source :** Mairie de la commune I, 2007

### **2.1.2. Les principales ethnies**

La commune I est constituée essentiellement de Bambara, de Sarakolé (Soninké), de Peulh, de Malinké, de Sonrhā, de Minianka, Dogon, Senoufo etc.

La langue la plus parlée est le Bamanankan.

Certaines ethnies essayent de territorialiser les espaces et les quartiers. Ainsi les Soninké sont plus nombreux à Banconi Plateau et Banconi Flabougou. Dans ces deux secteurs, il n'est pas rare de voir des familles de plus de 100 personnes. Il suffit qu'un soninké achète un terrain pour que les autres suivent la voie. Quant aux Dogon, ils sont nombreux dans le secteur de Banconi Plateau et Sikoro Sourakabougou. Ce dernier secteur a même été surnommé « Bandiagara coura » à l'image de la ville de Bandiagara à cause des collines. Les Bambara sont nombreux dans tous les quartiers mais ceux de Kolokani sont nombreux à Dianguinebougou et Doumanzana. L'objectif de ces territorialisations est de rapprocher les parents afin de partager les événements.

Certaines pratiques sociales de ce type de regroupement peuvent favoriser certaines maladies (maladies de promiscuité). Dans ces familles, le lavage à la main dans une seule tasse lors des repas à travers le droit d'ainesse peut provoquer de nombreuses maladies gastro-entériques. Malgré les efforts déployés par les équipes sanitaires pour inviter les gens à laver la main au savon avant le repas, la situation continue de s'empirer puisque certaines personnes assimilent cette pratique à la recherche de la baraka (bénédiction). D'autres disent que les ancêtres prohibent le lavage de la main au savon. En se lavant la main au savon avant et après le repas, l'intéressé risque d'éprouver des difficultés pour faire face ces besoins quotidiens.



L'Islam est la religion dominante, les autres religions dans la commune sont : le Catholicisme, le Protestantisme, et l'Animisme. Comme dans la plupart des villes africaines, les gens pratiquent plutôt le syncrétisme religieux avec plusieurs pratiques à la fois. Le fait d'être de telle ou telle religion ne les empêche pas d'aller consulter le marabout ou le féticheur en cas de problème ou de maladie.

La majeure partie de la population active se consacre à l'artisanat ; les autres catégories sont : les ouvriers, les agriculteurs, les commerçants, les chefs d'entreprise, les professions libérales, les cadres de la fonction publique, les cadres d'entreprise, les professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, etc.

Quant aux femmes, elles sont pour la plupart ménagères, teinturières, vendeuses, coiffeuses, etc.

Les Communes rurales voisines de la Commune I sont :

- la Commune Rurale de Sangarébougou avec 45518 habitants ;
- la Commune Rurale de N'Gbakoro Droit avec 15153 habitants ;
- la Commune Rurale de Djalakorodji avec 45740 habitants.

Ces populations ont des rapports sur le plan économique, social et culturel avec la commune I, dont elles fréquentent les marchés, les centres de santé, les écoles etc. Toutes ces communes ont un taux d'accroissement supérieur à 10% (RGPH 2009).

Tous les centres de santé étudiés sont largement fréquentés par les populations de ces différentes communes.

## **2.2. Les infrastructures**

La Commune I de par son importance numérique, est restée en marge du processus d'urbanisation. Elle se caractérise par des tissus spontanés expliquant des déficits quantitatifs et qualitatifs en matière d'infrastructures urbaines. Elle peut être considérée comme étant la plus défavorisée du District de Bamako, tant au niveau des infrastructures routières (routes bitumées, routes en latérites...) qu'aux réseaux divers (réseaux d'eau potable, d'électricité, de téléphone, de caniveaux...).

La construction et l'entretien des infrastructures de transports, de communication et sécurité doivent se poursuivre par un rythme soutenu par les différents acteurs (Etat, Collectivités Territoriales, ONG, Partenaires). C'est la raison pour laquelle, la mairie en accord avec ses partenaires a décidé de doter une grande partie des quartiers de Banconi, Sikoro et Doumanzana en infrastructures hydrauliques. Cette opération a été prise comme un soulagement pour les populations qui passaient une grande partie de leur journée à la

recherche de la corvée d'eau pour les ménages. Mais le constat reste amer. En effet, de nombreuses bornes fontaines créées par cette opération ne bénéficient de l'eau que pendant la nuit notamment à Banconi Zékénékorobougou (Noumoribougou) ; Dianguinebougou et Doumanzana (**Photos, 12 ; 13 ; 14 et 15**).

**Photos** : Bornes fontaines et château d'eau à Zénékékorobougou (Noumoribougou)

**Photo 12**: B.F sans eaux à Noumoribg (ZK)



**Photo 13**: Enfants attendant l'eau



**Photo 14**: Attente d'eau à Djanguinebougou



**Photo 15**: Château d'eau à Noumoribg



Source : cliché du 12 octobre 2011 ; M. Kodio

### 2.2.1. Infrastructures en eau

La problématique de l'approvisionnement en eau potable se pose avec acuité dans la plupart de nos villes en général et dans les quartiers défavorisés en particulier.

L'approvisionnement en eau potable des ménages dans la commune I se fait par bornes fontaines et par branchements particuliers à partir du réseau d'adduction d'eau potable de l'EDM-SA (Energie du Mali- Société Anonyme), des systèmes d'adduction d'eau sommaires de la Direction Nationale de l'Hydraulique et des forages d'eau équipés de pompes à motricité humaine. La plupart des ménages ont uniquement le puits comme source d'approvisionnement en eau à l'intérieur des concessions avec un pourcentage de 56,13%<sup>17</sup>. On observe le plus grand nombre à Sotuba, suivi de Korofina Sud 84,05 %.

<sup>17</sup> Plans d'urbanisme Sectoriels de la commune I, Mairie de la commune I 2009, P48

L'approvisionnement des ménages en eau au robinet seul est faible, 12,86 %. C'est dans les quartiers viabilisés qu'on enregistre les taux élevés. 14,56% des ménages n'ont aucune source d'approvisionnement d'eau à l'intérieur des concessions. Ces ménages se rencontrent surtout à Sikoro (43,52%).

Les bornes fontaines constituent la source collective essentielle d'approvisionnement en eau dans la commune avec un pourcentage de 90,19%. Les forages ne représentent que 3,27%. Nous avons recensé les infrastructures en eau dans les deux quartiers d'étude (**carte5**). Le constat montre qu'à Banconi, la source d'approvisionnement d'eau potable est la borne fontaine publique alors qu'à Korofina presque tous les ménages ont des robinets privés. Quelques ouvrages collectifs d'approvisionnement en eau, non fonctionnels, (9,81% pour les bornes fontaines et 0,93% pour les forages) ont été recensés en 2006. Ces bornes fontaines sont au nombre de 488 en 2009 éparpillées dans toute la commune et les forages sont de 34 avec 33 comme nombre de forages positifs équipés.

Donc, un nombre conséquent des concessions s'approvisionnent en eau à l'extérieur (72,80 %), dont 98,15% s'approvisionnent à partir des bornes fontaines et 1,42% à partir des forages. Korofina sud, Korofina Nord, Fadjiguila, Boukassoumbougou et Djoumanzana sont les quartiers où on s'approvisionne de plus aux bornes fontaines à l'extérieur des concessions. Sikoro et Banconi sont les seuls quartiers où on s'approvisionne en eau à partir des forages.

Les concessions s'approvisionnant à partir des puits publics sont plus élevées à Banconi et on en trouve également à Sikoro.

A noter qu'il existe des concessions qui s'approvisionnent à partir de plusieurs sources à la fois (borne fontaine, forage et puits publics). Ces concessions sont plus nombreuses à Banconi et Sikoroni.

**Tableau 6: Infrastructures et Etat d'approvisionnement des ménages en eau potable**

Type d'infrastructures	2005					2006		2007			2009		
	Nombre d'infrastructure		Taux d'accès			Taux d'accès BAMA KO		Nombre d'infrastructure		Taux d'accès	Nombre d'infrastructure		Taux d'accès
	Total	Fonct	Int. Conc.	Ext. Conc.	Normes sect.			Total	Fonct	Normes sect.	Total	Fonct	Normes sect.
Borne fontaine		360	-	98%	27,49%	50,3%	41,2%	378	360	25,27%	488		
Adduction d'Eau Sommaire	2	2						2	2		3	3	
Branchement Particulier		6847	29,30%	-	31,46%	39%	51,8%		7 923	33,28%		9 252	
Forage équipé de PMH		9	-	1,30%	0,69%	0,5%		17	14	0,98%	23	17	
Puits modernes		6			0,46%	8,1%	1,9%		6	0,42%	17	14	
Puits domestiques	74,57%		56,13%	-			4,4%						
Total			85,43%	99,30%	60,09%	97,9%	94,9%			59,95%			74,4%
Echantillon			3 187		-	402	1 517						
Sources :	Etat des lieux ouvrages / équipements individuels d'assainissement en Commune I – février 2006 / Base SIGMA2 – DNH					ELIM 2006	EDSM IV	Rapport EDM SA 2007/ Base SIGMA2 - DNH			Source : Base SIGMA2 – DNH-DB-10/2009		

**Source :** Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009, p 49

En 2009, il a été dénombré en Commune I environ 488 bornes fontaines, 9 252 branchements particuliers, 03 systèmes d'adduction d'eau sommaires; 17 forages équipés de PMH, 17 puits modernes publics, 214 824 populations desservie soit 74,41 % de taux d'accès.

Sur la base de la norme de desserte en eau d'un point d'eau moderne pour 200 personnes, soit 40 litres par jour et par personne en milieu urbain, les effectifs de points d'eau potable dénombrés dans la Commune couvrent les besoins en présence à hauteur de 60% en 2005, contre 74,41% en 2009. C'est dire que le taux d'accès en terme d'offre de service a été considérablement amélioré entre 2005 et 2009. Mais malgré ce constat encourageant, on remarque une inégalité dans la distribution des points d'eau. Les quartiers résidentiels sont privilégiés dans ce domaine alors que les gens continuent de vivre le calvaire dans les quartiers de Banconi (Dianguinebouigou ; Noumoribougou ; Plateau) ; Doumanzana ; Sikoroni ainsi qu'une partie de Boulkassoumbougou (**Photos 16 ; 17 ; 18 ; 19**).

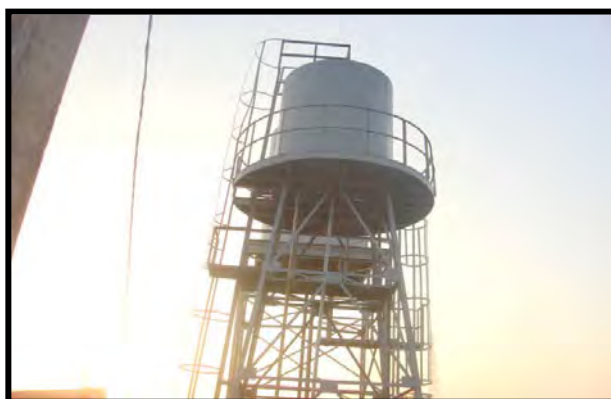
**Photo 16:** Femme transport de l'eau à ZK



**Photo 17:** Attente autour d'un point d'eau



**Photo 18:** Attente autour d'un point d'eau à Djang **Photo 19:** Château d'eau à Noumoribg

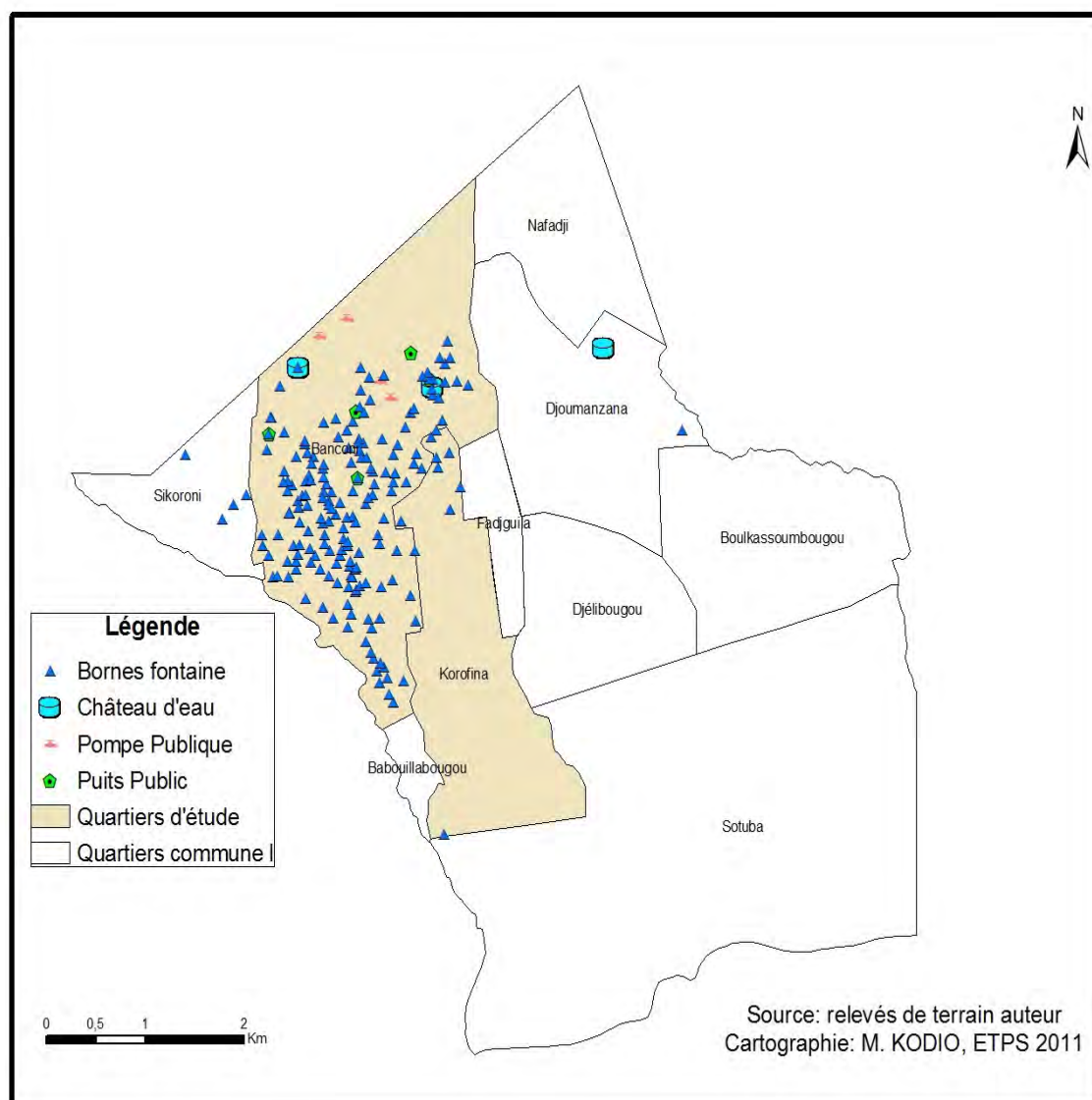


**Source :** Cliché du 13 octobre 2011 ; M. Kodio

De nombreuses familles s'approvisionnent auprès des revendeurs qui vendent le bidon de 20 litres à 50 f CFA et souvent à 100 f CFA selon la période et la distance. La présence de deux châteaux d'eau à B anconi n'a pas permis d'obtenir les effets escomptés. Les châteaux n'arrivent pas à supporter la pression d'où les coupures intempestives d'eau chaque fois et souvent plusieurs fois dans la journée ; laissant la population dans le calvaire notamment pendant les périodes de la grande chaleur (mars-mai).



## Carte 5 : Les infrastructures en eau



### 2.2.2. La situation d'électrification et d'éclairage public

#### a. Electrification

Le réseau d'électricité dans la commune I existe dans les quartiers complètement lotis qui sont: Korofina Nord, Boulkassoumbougou, Djélibougou et Sotuba. Il est réalisé ou est en cours de réalisation dans les quartiers nouvellement restructurés ou réhabilités (Korofina Sud 'Babouyabougou et Sotuba 'village') et les quartiers en cours de réhabilitation (Doumanzana Nafadji, Banconi, Sikoro et Fadjiguila).

Le nombre d'abonnés à l'électricité en commune I de 2003 à 2011 figure dans le tableau suivant:

**Tableau 7: Nombre d'abonnées à l'électricité**

Années	2003	2004	2005	2006	2007	Estimation 2009	Estimation 2011	Taux de croissance
Abonnés	13328	15031	16624	18213	19607	22627	30355	7.7

**Source :** Rapport technique EDM SA 2007 et actualisé en 2011.

Ce taux fait appel à un renforcement des moyens de production de la société publique d'électricité d'année en année. Au niveau de la société EDM SA, l'offre est couverte avec une très faible marge surtout en période de très forte chaleur. Cette année, les abonnés risquent de souffrir encore du délestage puisque l'EDM ne dispose pas suffisamment d'eau pour couvrir les besoins de la population. Il faut que l'Etat et les partenaires trouvent un autre moyen pour faire face à cette situation si nous voulons que nos Etats deviennent des pays émergents. On ne peut pas investir dans un pays qui ne maîtrise pas l'électricité. Chaque année, c'est surtout pendant la période des chaleurs que nous rencontrons des délestages, mais nous constatons déjà au mois de novembre des coupures par ici et par là faisant craindre le pire. Or l'EDM continue d'accroître le nombre d'abonnés avec la nouvelle innovation (les compteurs prépayés, les populations risquent de payer le prix fort soit par une augmentation du prix ou un délestage chronique).

A l'aide du nombre des abonnés et de la taille moyenne des ménages dans la commune, on calcule le taux d'accès à l'électricité au niveau de la commune. Pour être conforme aux normes de calcul pratiquées par la Cellule de Planification et de la Statistique du Ministère de l'Energie des Mines et de l'Eau, nous avons pris la taille moyenne des concessions à 10,77. Ceci permet une comparaison du taux d'accès à l'électricité pour les différentes localités sur la même base.

Ainsi en 2009, le taux d'accès à l'électricité est de 72,65% ce qui est supérieur au taux moyen urbain d'accès à l'électricité. Le tableau suivant montre l'évolution du taux de couverture d'électricité entre 2003 et 2009. Un taux d'évolution qui est en légère stagnation car les 74,11% de 2007 ont été surestimés au niveau de sa population alors qu'en 2009 il y a eu le vrai recensement de la population et de l'habitat.

Certaines populations situées à des kilomètres des poteaux de branchement utilisent des branchements sous terrain ou entassent de nombreux fils sur des bois, exposant les enfants à

des risques d'électrochoc (**photo 20, 21, 22, 23,**). Ces branchements sont nombreux à Banconi Zékénékorobougou, Doumanzana-Nafadji et Sikoro.

### Photos : Branchements illicites

**Photo 20:** fils électriques attachés sur du bois à Nafadji **Photo 21 :** fils passant au dessus d'une vendeuse à Nafadji



**Photo 22:** fils attachés au bois Nafadji

**Photo 23:** fils électriques par terre à Noumoribougou



**Source :** cliché du 04 octobre 2011 ; M. Kodio

**Tableau 8: Evolution du taux d'accès à l'électricité**

Années	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Taux d'accès	59.61	64.46	68.35	71.80	74.11	72.65

**Source :** EDM S.A, 2009

La formule suivante a été utilisée pour calculer le taux d'accès à l'électricité.



$$\text{Taux d'accès à l'électricité} = \text{Nombre d'abonnés} \times 10,77 \times 100$$

---

### Population totale de la localité

Bien que l'ensemble des problèmes d'électrification soit prise en charge par le Ministère en charge de l'énergie à travers la Direction Nationale de l'Energie, les Mairies peuvent pourtant jouer un grand rôle pour booster le taux d'accès à l'électricité en initiant des projets d'extension du réseau d'électrification et d'éclairage public dans la commune. La mairie ne fournit aucun effort dans ce sens. Elle laisse toujours l'initiative à l'EDM qui est souvent préoccupée ailleurs.

#### **b. Eclairage Public (EP)**

Pour ce qui concerne l'éclairage public, il n'y a que sept voies principales qui sont éclairées :

- la RN27 (le long de la commune I) ;
- la route de Banconi (à partir de la RN27 jusqu'au marché Plateau) ;
- la route pavée de Korofina Nord (portion de la RN27 passant par la Mairie);
- la route de Sotuba ;
- la voie traversant l'ACI Sotuba ;
- la voie de Boulkassoumbougou (débutant de la RN 27 jusqu'au pont Sangarébourgou) ;
- la route Cheick chérif Ousmane Haïdara (du pont de Banconi Djanguinebourgou au terrain de foot de Djanguinebourgou) ;
- la nouvelle pavée du 30 m de Fadjiguila.
- et la voie de Sikoro.

La voie de Djélibougou (reliant la RN 27 passant par le lycée Fily Dabo Sissoko jusqu'au pont Sangarébourgou) et la voie qui longe le côté Est de la cour du cimetière de Sotuba sont en partie éclairées).

Ainsi, Nous remarquons que seules quelques voies principales bitumées et pavées sont électrifiées.

La meilleure stratégie ici sera de procéder systématiquement à équiper toutes les voies principales retenues par le secteur transport de réseau d'éclairage public. Pour comparaison et analyse, nous ne disposons pas de statistiques concernant l'éclairage public par commune, car le problème d'éclairage public est géré pour l'ensemble du District de Bamako. Mais d'une manière générale, nous constatons que beaucoup d'efforts doivent être déployés en matière d'éclairage public dans la commune I pour les dix (10) prochaines années. La mairie du District dans le cadre de la célébration du cinquantenaire a initié un vaste programme

d'éclairage public dans toutes les communes avec une alimentation solaire. Cette opération réduira l'insécurité dans le District de Bamako en général et dans la commune I en particulier.

### ***2.3. Gestion de l'Environnement***

Les infrastructures ou équipements d'assainissements liquides et/ou solides sont présents dans la commune I mais restent très largement insuffisants et problématiques. Les 4 collecteurs naturels drainant vers le fleuve Niger (Bassin versant) depuis le temps colonial, n'ont reçu qu'une fine considération par l'aménagement d'une portion du M olobalini (collecteur naturel).

Les dépôts anarchiques de déchets solides sont éparpillés également dans toute la commune (105) en 2006, pour cause d'absence et d'insuffisance de dépôts autorisés et aménagés. Le seul dépôt provisoire de la commune a été fermé à cause de la pression de la population riveraine. Il se situait à Doumanzana. Il y a eu un incident qui opposa la mairie aux populations qui ont voulu lyncher Mme le maire de la commune en début d'année. Heureusement, elle se sauva mais sa voiture a été incendiée et depuis ce dépôt a été définitivement fermé (**Photo 24-27**). De nos jours, les GIE sont obligés d'aller déposer des ordures à Tienfala (30 km de Bamako) sur la route de Koulikoro ou sur les collines de Doumanzana -Nafadji. Cette situation fait qu'ils ne peuvent plus honorer leur engagement de passer tous les deux jours pour ramasser les ordures. Les populations ont ainsi transformé les lits des marigots en dépotoir. Les populations riveraines sont obligées de s'occuper du ramassage et d'arranger les alentours de leurs maisons pour éviter les odeurs nauséabondes. L'image du monsieur sur la photo ci-dessous lors de notre passage à Layebougou Farada en témoigne. (**Photo 28**).

**Photos : Ex dépôt d'ordures de la commune I à Doumanzana**

**Photo 24:** Ex dépôt à Doumanzana      **Photo 25:** Ex dépôt d'ordures à Doumanzana



**Photo 26:** Ex dépôt à Doumanzana      **Photo 27:** Ex dépôt à Doumanzana



**Source :** cliché du 15 octobre 2011 ; M. Kodio

**Photo 28:** Homme arrangeant les berges à côté de sa maison (Layebougou- Farada)



**Source :** Cliché du 13 octobre 2011 ; M. Kodio

## 2.4. Déchets liquides et l'évacuation des eaux pluviales

La situation des rejets liquides en commune I demeure tout aussi inquiétante car le déficit en infrastructures d'assainissement liquide et d'évacuation d'eau pluviale est réelle voire inquiétante. Les caniveaux, en plus d'avoir un taux de couverture faible dans la commune I sont dégradés et obstrués pendant presque toute l'année. Cette situation de caniveaux obstrués est criarde pendant la période d'hivernage car les ménages ont un grand problème d'hygiène et déversent toutes sortes de déchets solides pendant les moments d'averses.

**Tableau 9: Infrastructures d'évacuation des eaux pluviale**

Types d'ouvrage	Longueur (m)	Etat de dégradation
Caniveaux	37 800	Environ 56.92%
Collecteurs	41 223	Environ 78.46%

**Source :** Plan Sectoriel d'Assainissement CI, actualisé en 2009 par l'AUA Abdaty Kounta, p 53

La mise en place et l'entretien des ouvrages d'évacuation des eaux pluviales relèvent de l'Etat et de la Commune en fonction de la complexité et de l'envergure des investissements. Les communautés y participent dans la préservation courante des ouvrages à travers les comités d'assainissement de quartiers.

**Tableau 10: Etat et situation des caniveaux**

Localisation	longueur	Dégradé	Non dégradé	Total
Sotuba	2222	2	6	8
Banconi	8500	7	9	16
Korofina Nord	5700	5	6	11
Fadjiguila	1400	2	2	4
Doumanzana	5628	7	2	9
Djelibougou	5750	10	0	10
Boukassoumbougou	6600	2	4	6

Korofina Sud	0	0	0	0
Sikoro	2000	2	0	2
<b>Total</b>	<b>37000</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>66</b>

**Source :** Etat des lieux ouvrages en Commune I – février 2006/ actualisé en 2009 par l'A.U.A Abdaty Kounta, p53

En commune I, il a été recensé 66 caniveaux couvrant une longueur totale de 37 800 mètres (37,8 km). L'état des caniveaux se présente comme suit : 56,92% du réseau sont dégradés, 43,08% en bon état et 21,54 % curés, 78,46% non curés, 96,92% à ciel ouvert et 3,08% couverts. Il existe des branchements individuels sur les 66 caniveaux de la commune. Il n'existe aucun caniveau à Korofina Sud.

### 1. Localisation des collecteurs

**Tableau 11: Répartition des collecteurs par quartier**

Localisation	Longueur (m)	Aménagé	Non aménagé	Total
Sotuba	11017	3	1	4
Banconi	7308	0	2	2
Korofina Nord	1000	0	1	1
Fadjiguila	1200	0	1	1
Doumanzana	5800	0	2	2
Djelibougou	2500	1	1	2
Boukassoumbougou	3701	1	1	2
Korofina Sud	5697	0	3	3
Sikoro	3000	0	1	1
<b>Total</b>	<b>41223</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>18</b>

**Source :** Etat des lieux ouvrages/ équipements individuels et collectifs d'assainissement en Commune I – février 2006/ actualisé en 2009 par l'A.U.A Abdaty Kounta ; p 55

Nous avons recensé 4 collecteurs naturels, trois collecteurs artificiels aménagés et une partie d'un collecteur naturel aménagé (le collecteur Molobalini sur 800 m). L'ensemble de ces collecteurs mesurait au total 38 403 m aménagés en 2006. En 2009, on a observé 4 à Sotuba.

#### a) Les collecteurs naturels

Les collecteurs naturels de la Commune sont :

- le Banconi sur 9760 m, qui traverse les quartiers de Sikoro, Banconi, Korofina sud et aboutit au fleuve Niger ;
- le Tienkolé sur 11160 m, il traverse les quartiers de Banconi, Korofina Nord, Korofina sud où il rejoint le collecteur Banconi au pont de l'U.M.P.P ;
- le Molobalini sur 7402.5 m, traversant les quartiers de Djoumanzana, Fadjiguila, Djélibougou, Korofina nord et sud jusqu'à la route de Sotuba ;
- le Faracoba sur 7680 m qui borne les limites de la commune à travers les quartiers de Djoumanzana, Boukassoumbougou et Sotuba pour aboutir au fleuve Niger.

#### **b) Les collecteurs aménagés**

Les collecteurs aménagés ne sont pas nombreux en Commune I :

- de la route de Sotuba au fleuve Niger coté Est de la cité de la solidarité ;
- du pont situé sur le Tienkolé au pont situé sur le Faracoba (servitude Nord de la RN 27) ;
- des collecteurs artificiels aménagés dans la zone A.C.I Sotuba avec une longueur de 2 820 m (mais toujours en cours d'aménagement avec une augmentation possible de la longueur).

Cependant, il est à signaler que les deux tronçons du Molobalini ont fait l'objet d'aménagement de part et d'autre du pont de Djélibougou sur la R.N 27 (sur 800 m) (**Photo 29 ; 30**).

**Photo 29: Collecteur artificiel aménagé**

**Photo 30: Collecteur naturel non aménagé**



**Source :** Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty Kounta (AUA), 2009, p57

Avec tous ces problèmes quotidiens pour l'évacuation des déchets solides et liquides, la mairie a signé des accords avec de GIE (Groupements d'Intérêt Economique) pour exécuter cette tâche. Ainsi, il existe 30 GIE de ramassage d'ordures ménagères dont 18 affiliés à la coordination.



Il a été dénombré environ 51 opérateurs intervenant dans la gestion des déchets solides dont 21 opérateurs formels, avec des équipements et matériels constitués de charrette à traction animale, de brouettes et de pelles en bon état (23,53%).

Les déchets solides sont acheminés à 27,39% vers des dépôts anarchiques, 50,91% vers les dépôts autorisés, 2,79% vers les champs et sont éliminés à 8,53% par brûlage, 2,79% par enfouissement et 0,5% par compostage. Leurs frais de prestation varient de 1000 à 1500 francs CFA par mois par concession.

D'une façon générale, le mauvais comportement (l'incivisme) des populations, les sous équipements de pré-collecte et de collecte des GIE et la non application des textes législatifs et réglementaires demeurent les principaux goulots d'étranglement dans le cadre de l'assainissement solide en commune I.

En commune I, les caniveaux et les collecteurs sont souillés par les eaux usées des latrines, les risques d'inondations, de maladies et de carrières sont réels.

Les caniveaux existants sont mal entretenus par la population. Ils font l'objet de déversement des eaux usées des toilettes et celles provenant des teintureries (**Photo 31 ; 32 ; 33 ; 34**). On y déverse aussi des déchets solides.

Certaines personnes construisent dans les lits des marigots. Le cas de cette école clandestine à Layebougou est inquiétant. En effet, les enfants peuvent être exposés à toutes sortes de risques (**photo 35**).

**Photos : Déversement dans le lit des marigots (Layebougou, Zékénékorobougou et Flabougou)**

**Photo31 : Eaux usées dans le marigot Layebougou**



**Photo32 : Eaux usées dans le marigot Flabougou**



**Photo 33 :** Eaux usées dans le marigot Zékénékorobg **Photo 34:** Façade Pont Djanguinebougou



**Photo 35:** construction d'une école clandestine dans le lit du marigot à Layebougou



**Source :** cliché du 18 octobre 2011 ; M. Kodio

Ce qui explique leur débordement pendant une forte pluie. Les collecteurs constituent ainsi les dépotoirs « improvisés » d'ordures de tout genre et des points de stagnation d'eaux usées. Une situation qui se répercute sur le lieu de déversement final qui est le fleuve Niger au Sud.

Nous remarquons que les eaux usées de lavage se déversent pour la plupart des cas dans les caniveaux à 60,32% et les collecteurs à 25,40%. Les eaux usées des aires de lavage qui se déversent dans les rues, les puisards, et les fosses représentent les plus faibles taux respectivement 6,35%, 4,76% et 3,17%. L'obstruction de ces caniveaux et collecteurs provoque chaque année des inondations en cas d'averses violentes. En effet, les crues d'averse survenues pendant l'hivernage 2009 nous ont tous interpellé, quant à la protection de nos espaces urbains contre les risques et catastrophes naturels (inondations, les glissements de terrain, les coulées de Boues, effondrement d'habitation, risques d'épidémie etc.). Une situation qui a déclenché la sonnette d'alarme partout en Afrique sur la problématique



d'assainissement de nos villes (évacuation d'eau pluviale) et la réadaptation de nos espaces ruraux (le décalage des récoltes, l'inondation des champs etc.).

La Ville de Bamako avec son taux d'urbanisation, le plus élevé et sa densité urbaine la plus notable, a été la plus touchée au Mali pendant cette période hivernale du fait des déficits énormes en matière de réseau d'assainissement d'une part et des défaillances d'entretien des réseaux existants d'autre part. La première commune du District de Bamako, étant la moins nantie en matière d'ouvrage d'assainissement et d'évacuation d'eau pluviale, a été copieusement touchée pendant cette période hivernale de 2009 (**photo 36 ; 37**).

Nous avons 196 teinturières recensées dans la commune I (rapport ELIM en 2006). 3,06% de celles-ci ont des puisards, 22,45% déversent leurs eaux usées dans les collecteurs, 28,06% dans les caniveaux et 46,43% dans les rues. Cette situation aggrave la pollution dans tous les quartiers riverains des marigots.

**Tableau 12: La répartition des teinturières par quartier dans la commune I et leur lieu de déversement**

Localisation	Nbre de teinturières dans rues	Nbre de teinturières dans les collecteurs	Nbre de teinturières dans caniveaux	Nbre de teinturières dans puisards	total
Sotuba	0	0	0	0	0
Banconi	60	2	10	0	72
Korofina Nord	6	0	2	1	9
Fadjiguila	3	0	0	0	3
Doumanzana	8	0	2	0	10
Djelibougou	4	10	5	2	21
Boukassoumbougou	5	2	30	3	40
Korofina Sud	0	3	0	0	3
Sikoro	5	27	6	0	38
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>44</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>196</b>

**Source :** Etat des lieux ouvrages/ équipements individuels d'assainissement en Commune I février 2006, p 62

**Photo 31:** Débordement du marigot Banconi

**Photo 32 :** Inondation à Banconi



**Source :** Photo Prise le 07/09/2009 à Banconi par l'AUA Abdaty Kounta ; p 64

**Photo 33:** Stagnation et inondation à Djoumanzana **Photo 34 :** Inondation d'un quartier Fadjiguila



**Source :** Photo Prise le 07/09/2009 par l'AUA Abdaty Kounta, p 64

## 2.5. Education

La situation de l'éducation en Commune I reflète celle de l'ensemble de la capitale avec des salles surchargées. Malgré la décentralisation de l'éducation, les autorités communales ont du mal à prendre en charge la situation scolaire. Il y a l'enseignement public et l'enseignement privé. Avec l'introduction des langues nationales dans les écoles publiques, de nombreux parents préfèrent envoyer leurs enfants dans les écoles privées.

De ce fait, nous assistons à une création anarchique des écoles privées sans autorisation le plus souvent dans des endroits non propices (**voir la photo 35**). Ce phénomène prend de plus en plus de l'ampleur avec les recalés du D EF (Diplôme d'Etudes Fondamentales) et du Baccalauréat, ce qui n'est pas sans conséquence pour la qualité de l'enseignement dispensé.

En 2009, il y a été recensé en commune I :

- 45 établissements préscolaires dont trois communautaires, 5 CED et 41 privées ;
- 56 écoles publiques 1<sup>er</sup> cycle ;
- 32 écoles publiques 2<sup>ème</sup> cycle ;
- 91 écoles privés dont 52 à cycle complet ;

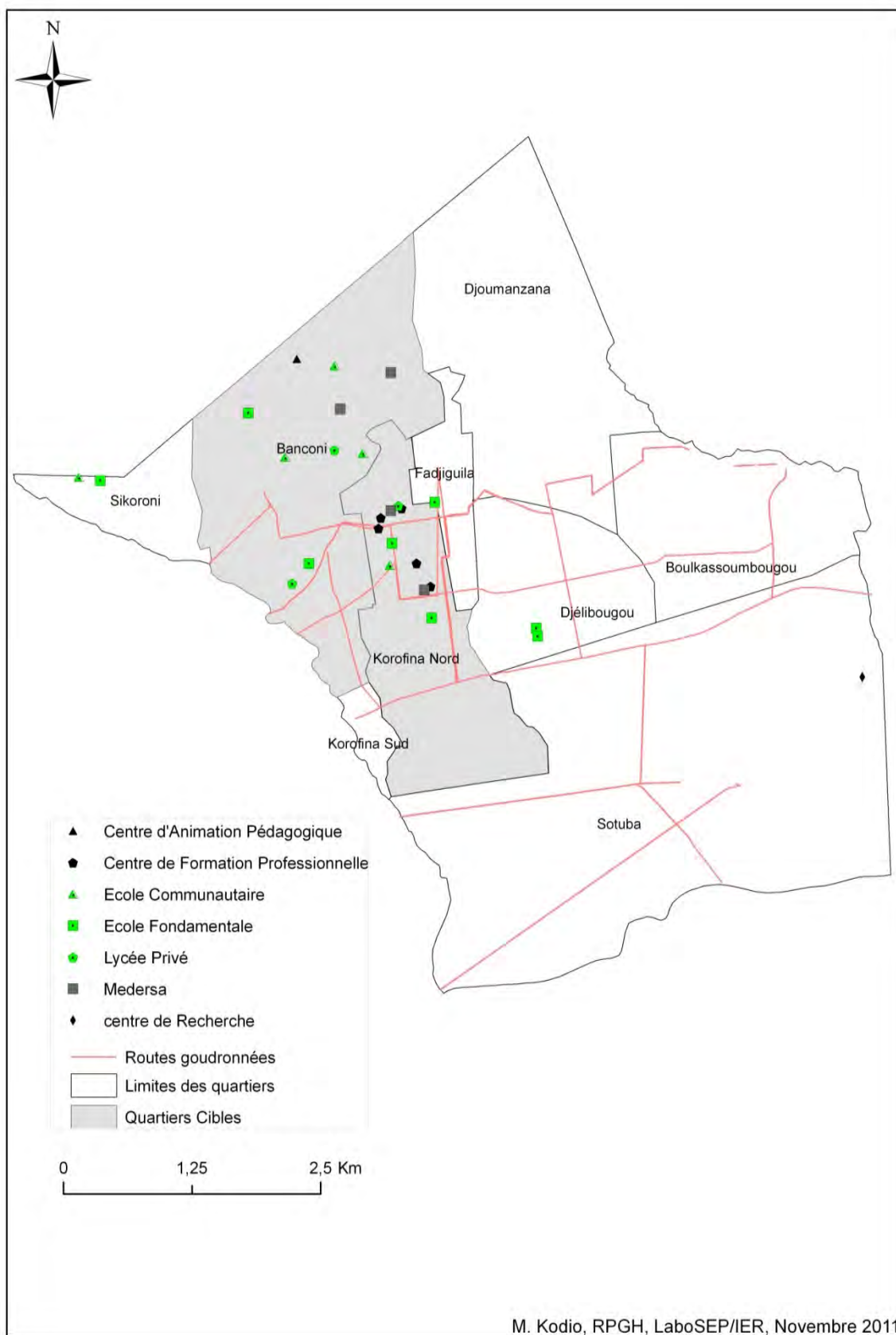
- 15 écoles communautaires dont 2 écoles à cycle complet ;
- 41 medersas dont 22 à cycle complet ;
- Un centre de lecture pour la petite enfance ;
- 5 centre d'alphabétisation fonctionnelle ;
- Un centre d'alphabétisation féminine.

Il faut reconnaître que la plupart des groupes scolaires du public évolue dans la même cour où ils sont séparés par l'administration. Ces écoles sont pour la plupart clandestines. L'Etat n'a pas les moyens d'assurer la scolarisation à tous les enfants, il ferme les yeux sur la création de ces écoles afin d'éviter la grongne sociale. Cette situation fait que les élèves maliens n'ont plus le niveau dans l'ensemble.

Les différents tableaux montrent que la densité des élèves est très élevée dans les écoles publiques (76 au 1<sup>er</sup> cycle contre 80 au second cycle). Le niveau est acceptable dans les autres écoles. L'effectif des garçons dépassent celui des filles partout sauf dans les medersas. Cette situation s'explique par le fait que les filles abandonnent vite l'école. Elles viennent juste apprendre l'essentiel leur permettant de mieux s'occuper de leurs enfants et de leurs maris, contrairement aux garçons qui doivent étudier et chercher un emploi après le plus souvent. Il faut reconnaître que les medersas n'avaient aucun débouché sur le marché de l'emploi à part l'enseignement. De nos jours, avec la coopération avec certains pays arabes, certaines medersas aboutissent à des métiers (informatique, comptabilité et la couture d'où l'intéressement de certaines filles).

Aujourd'hui, de nombreuses familles commencent à comprendre l'importance de la scolarisation des filles. Il n'est pas rare de voir certaines classes avec plus de filles que de garçons notamment dans le primaire.

## Carte 6: Infrastructures scolaires dans les quartiers d'étude



**Tableau 13: Répartition des écoles par secteur et par cycle**

Commune I	Secteur	Cycle		Total	Dont c cycle complet
	Public	1 <sup>er</sup> cycle	2 <sup>ème</sup> cycle	73	0
		41	32		
	Privé	91	38	129	52
	Medersa	41	9	50	22
	Ecole communautaire	15	1	16	2
	<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>80</b>	<b>259</b>	<b>76</b>

**Source** : CAP Banconi, CAP Djélibougou, enquête AUA Adbaty ; 2009

Il faut savoir que ces effectifs cachent des disparités énormes dans certaines écoles où il n'est pas rare de voir des classes de plus de 100 élèves avec souvent la double vacation ou double division. Cette situation risque d'être accentuée si nous regardons le taux de croissance de la commune estimé à 5,1%. Le tableau 14 illustre bien cette situation.

Nous avons également un lycée public et de nombreux lycées privés ainsi que des écoles professionnelles. L'effectif dans ces différentes écoles est acceptable (moins de 50 élèves par classe).

**Tableau 14: Estimation de la population scolarisable de la commune de 2006 à 2011(Pop 3-5 ans)**

Sexe	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Garçons</b>	12054	12572	13112	13676	14264	14878
<b>Filles</b>	10993	11466	11959	12473	13010	13569
<b>Total</b>	<b>23047</b>	<b>24038</b>	<b>25072</b>	<b>26150</b>	<b>27274</b>	<b>28447</b>

**Source** : Mairie (projection RGPH 1998)

**Tableau 15: Effectif des élèves du 1<sup>er</sup> cycle**

Désignation	Effectif			Nbre salle de classe	Elève/classe	Personnel enseignant			Enseignant / élève
	G	F	T			H	F	T	
Publique	10577	9974	20551	272	76	169	152	321	64
Privée	10495	9603	20098	561	36	441	138	579	35
E.Com	3044	2687	5731	85	67	66	29	95	60
Medersa	4255	5140	9395	252	37	227	47	274	34
Jardins d'Enfants	1692	1683	3375	102	33	6	156	162	21
CED	44	72	116	2	58	-	6	6	19
CAF	42	118	160	5	32	2	3	5	32
CAFE	-	50	50	1	50	-	1	1	50
ES	65	14	79	2	40	2	5	7	11
<b>TOTAL</b>	<b>30214</b>	<b>29341</b>	<b>59555</b>	<b>1282</b>	<b>46</b>	<b>913</b>	<b>537</b>	<b>1450</b>	<b>41</b>

**Source** : CAP de Banconi, CAP de Djélibougou ; 2009

Tableau 16: effectif du 2<sup>ème</sup> cycle

Désignation	Effectif			Nbre salle de classe	Elève/classe	Personnel enseignant			Enseignant / élève
	G	F	T			H	F	T	
Publique	6796	5975	42771	159	80	204	47	251	51
Privée	2336	2352	4688	151	31	355	63	418	11
E.Com	77	67	144	5	29	15	-	15	10
Medersa	1159	941	2100	63	33	114	15	129	16
<b>TOTAL</b>	<b>10368</b>	<b>9335</b>	<b>19703</b>	<b>378</b>	<b>52</b>	<b>688</b>	<b>125</b>	<b>813</b>	<b>24</b>

**Source** : CAP de Banconi, CAP de Djélibougou ; 2009

## 2.6. Autres infrastructures

En commune I, les autres infrastructures sont : les marchés ; les transports ; les édifices cultuels, culturels...

Nous avons identifié 16 marchés dans la commune I (**carte ci-dessous**). La plupart de ces marchés sont situés à côté d'une route goudronnée et d'un centre de santé. Cette situation explique en partie la forte fréquentation des femmes dans les structures de soins. En effet, elles peuvent profiter du marché pour se soigner et acheter en même temps les condiments pour la cuisine. Cette politique a été adoptée par la loi d'orientation sur la santé qui stipule que les centres de santé doivent être implantés à côté de certaines infrastructures telles que : (marchés, route ...). Tous ces marchés sont pour la plupart fréquentés par les femmes. Quant aux hommes, ils fréquentent le grand marché ou celui de Médine pour leurs différents besoins. Tous les quartiers possèdent au moins un marché. Banconi en compte 5 alors que Korofina Nord partage son marché avec Fadjioula. Ce marché est situé à la frontière des deux quartiers.

Aucun des deux quartiers ne bénéficie de dépôt d'ordures ou de cimetière. Ils sont obligés d'aller au dépôt de Nafadji et aux cimetières de Sotuba et Sikoroni. Il a été recensé également 17 boulangeries dans l'espace de la commune I. Les quartiers qui en comptent beaucoup sont Banconi, Boulkassoumbougou et Djélibougou (respectivement 3 pour chacun)<sup>18</sup>.

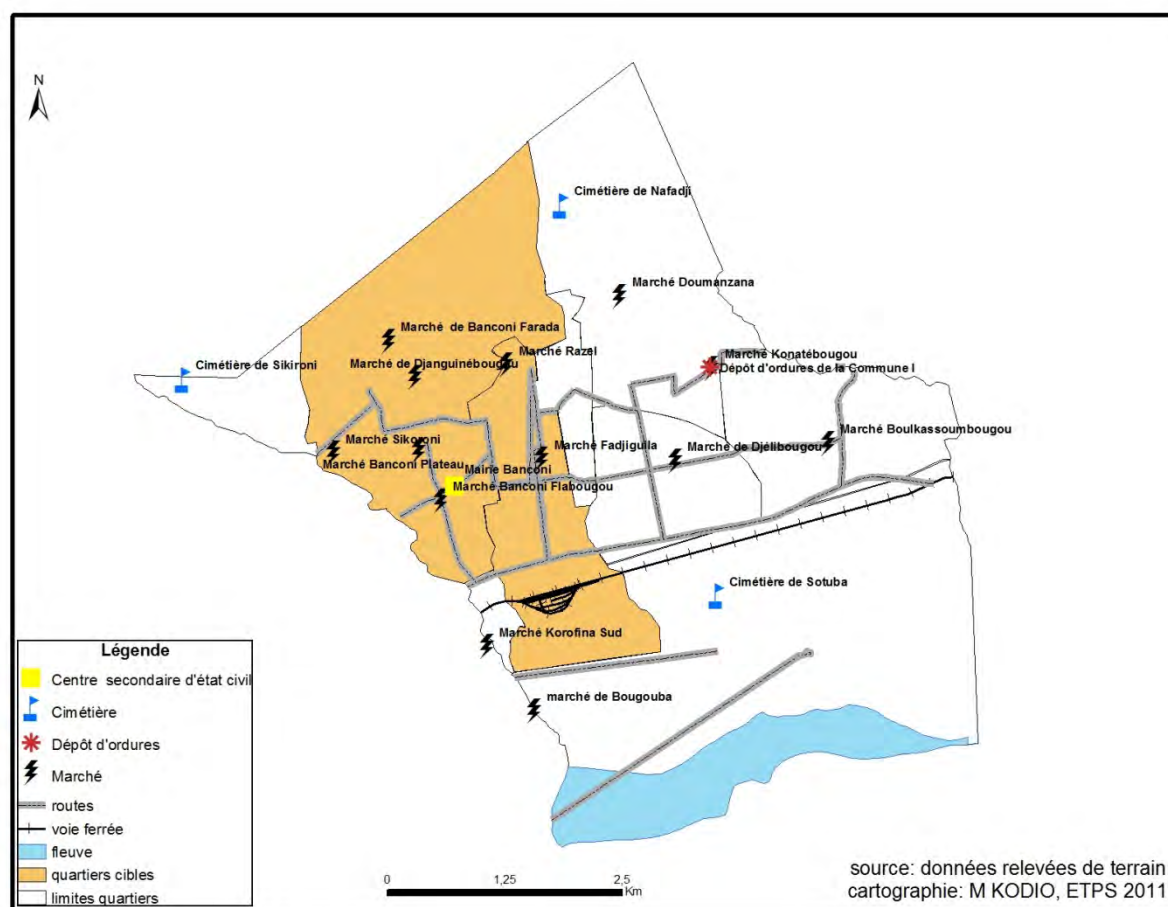
Nous avons 15 stations services, 5 parkings et 15 hôtels principalement à Korofina, Djélibougou et Boulkassoumbougou et plus de 30 bars restaurants. Les bars restaurants sont également nombreux à Korofina ; Djélibougou, Doumanzana ; Boulkassoumbou ; Sotuba ACI. Banconi n'en compte que 3 sur 38 bars restaurants (OMATHO) (Office Malien du Tourisme et de l'Hôtellerie).

Quant aux édifices cultuels et sportifs, ils sont nombreux. Nous avons recensé 16 terrains de sports. Le quartier de Banconi semble être le moins nanti en matière d'infrastructures sportives. A part les terrains de Djanguinebougou et celui de Razel, tous les autres terrains ont été vendus par la mairie en complicité avec les chefs de quartiers. Le dernier en date fut le terrain de Banconi Farada en 2007. Les jeunes de Banconi sont obligés d'aller au terrain de Korofina ou de l'Hippodrome pour s'entraîner d'où le découragement de nombreux talents.

---

<sup>18</sup> Données de l'AUA Abdaty 2009 actualisées lors de notre enquête de terrain. Il faut savoir que la liste de ces infrastructures n'est pas exhaustive souvent car on en crée chaque jour et souvent de façon illégale.

**Carte 7:** Les autres infrastructures de la commune



Les édifices culturels sont constitués de cinéma, de radio, de centre d'écoute et de foyers de jeunes. A part les maisons de jeunes de Sikoro, de Fadjiguila et de Doumanzana, tous les autres ont été vendus ou utilisés pour d'autres fins. Nous avons 4 cinémas dont deux à Banconi, une à Sikoroni et l'autre à Boukassoumbougou. Les autres cinémas ont été fermés et les espaces transformés en magasin ou supermarché. Les centres d'écoute sont également rencontrés à Sikoroni et Doumanzana. Autrefois, ces maisons de jeunes ou centres d'écoute étaient le lieu de rencontre de la jeunesse. Ils ont tous été vendus. Les jeunes se sentent impuissants puisque certains espaces ont été transformés en mosquée ou medersa. Il y a un musée de la femme (Musé Kunda) à Korofina mais il est actuellement fermé pour rénovation depuis plus de 5 ans. Nous avons également 4 radios privées en commune I dont 2 à Korofina (Patriote et Djékafo), une à Djélibougou (Kaïra) et la radio Dambé à Sotuba ACI. Ces différentes radios participent à la promotion de la santé à travers des émissions et des séries de sensibilisation surtout lors des JNV.

Le transport dans la commune est assuré par les SOTRAMA (Sociétés des Transports au Mali) qui sont l'équivalent des cars rapides de Dakar et sont en couleur verte. Elles



desservent tous les quartiers. Nous avons également des bus qui n'empruntent que les routes goudronnées ; les camions pour le transport du sable et des graviers, les taxis, les charrettes et les pousse pousses pour le transport des marchandises, des bagages et des ordures ménagères. Nous notons l'inexistence d'auto-gare et de station de taxi dans la commune. Les stations de la maternité de Korofina et Banconi sont des stations provisoires. Cependant, il existe des concessionnaires de véhicules neufs (Oumou Sang pour la diva de la musique malienne Oumou Sangaré et la Malienne de l'Automobile) tous deux à Djélibougou.

Les lignes desservies par les transports en commun (SOTRAMA et bus) sont :

- Djélibougou --- Doumanzana ;
- Banconi --- Dialakorodji ;
- Banconi--- Korofina---Djélibougou--- Boulkassoumbougou ;
- Korofina ---Doumanzana---Nafadji ;
- Banconi ----Djanguinébourgou----Kognoumany ;
- Banconi ---Razel----Fadjiguila--- Nafadji ;
- Korofina--- Fadjiguila
- Djélibougou---Doumanzana--- Bandjanbourgou ;
- Hippodrome ---Sikoroni--- Banconi ;
- Hippodrome----Sikoroni--- N'Gomi ;
- Hippodrome---Banconi--- Plateau ;
- Hippodrome---Sikoroni---Banconi---Boulkassoumbougou ;
- Hippodrome---Sikoroni---Sourakabougou ;
- Banconi--- Hippodrome---Dialakorodji

Toutes ces lignes partent du centre ville « Rail- Da » ou du marché de Médine. Le matin, il faut se réveiller très tôt ou batailler dur pour avoir une place afin d'être à l'heure. Le transport coûte entre 100- 175 F selon les destinations.

La mairie du District avait voulu amener des bus mais sans suite. Elle s'opposa au refus des transporteurs qui ont fini par remporter la bataille.

Les ONG et associations sont nombreuses en commune I. Elles ont pour mission de promouvoir une meilleure qualité de vie pour les communautés notamment les groupes vulnérables à travers leur pleine participation au développement de leurs collectivités. En commune I, les associations et ONG sont enregistrées au niveau de l'Agence Municipale pour le Développement des Quartiers (AMDQ) qui a pour mission d'assurer leur plein épanouissement. Elles se regroupent également au niveau de la CAFO (Coordination des

Associations et Organisations Féminines du Mali) qui compte des membres œuvrant dans les domaines de la santé, de l'éducation, du développement, de l'environnement, de l'agriculture. Le tableau ci-après indique la répartition des ONG et associations par type d'activité de la commune I.

**Tableau 17: Les associations et ONG par type d'activité**

Types d'activité	Associations	ONG
Santé	22	3
Education	4	9
Environnement- Assainissement	32	10
Développement durable	141	25
Agriculture	7	5
Religion	5	0
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>40</b>

**Source :** AMDQ, 2009

Malgré la multiplicité des associations en santé, environnement et développement durable, ces trois domaines restent le goulot d'étranglement de la commune. Il est difficile de voir l'action de certaines organisations dans les quartiers. La mairie entretient de bonne relation avec les différentes organisations. Elles servent de relais entre la mairie et la population.

La politique en commune I est dominée par les partis politiques et certaines notabilités qui se lancent dans la bataille lors des élections de proximité. Tous les grands partis politiques du pays y sont représentés.

L'actuel conseil communal est dirigé par une coalition de partis composés essentiellement de l'ADEMA/PASJ, le RPM, le MPR et quelques indépendants.

Lors des élections, nous assistons à toute sorte de compromis entre les partis politiques. Pour l'élection du maire, certains conseillers sont obligés de disparaître pour ne pas être corrompus notamment les analphabètes. Les places s'achètent à des millions. Par exemple pour être tête de liste dans les grands partis, il faut déboursier souvent plus de 5 000 000 de franc CFA.

C'est la raison pour laquelle, les jeunes et les femmes ne peuvent pas postuler ou prétendre à la tête de liste.

Nous pouvons dire que la commune I connaît une croissance rapide et que les infrastructures ne suivent pas cette croissance exposant la population à une géographie de l'insalubrité. Cette

situation pourrait être source de développement de nombreuses maladies notamment chez les enfants et les femmes à cause de leur fragilité.

En conclusion, nous pouvons dire que la commune I souffre énormément du manque d'infrastructures socio-économiques. Cette situation fait de la commune une zone d'insalubrité et de risques de tout genre, exposant ainsi la population aux maladies liées à l'environnement. Malgré des efforts déployés, l'approvisionnement en eau potable reste un défi pour la commune en général et les quartiers de Banconi, Sikoroni et Doumanzana en particulier.

La situation des autres infrastructures aussi laissent à désirer. La population doit adopter des comportements en faveur de l'assainissement, de l'hygiène. Certaines pratiques sociales constituent également des risques graves pour la santé de la population.

## **DEUXIEME PARTIE :**

### **LA GEOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA VILLE DE BAMAKO ET DANS LA COMMUNE I**

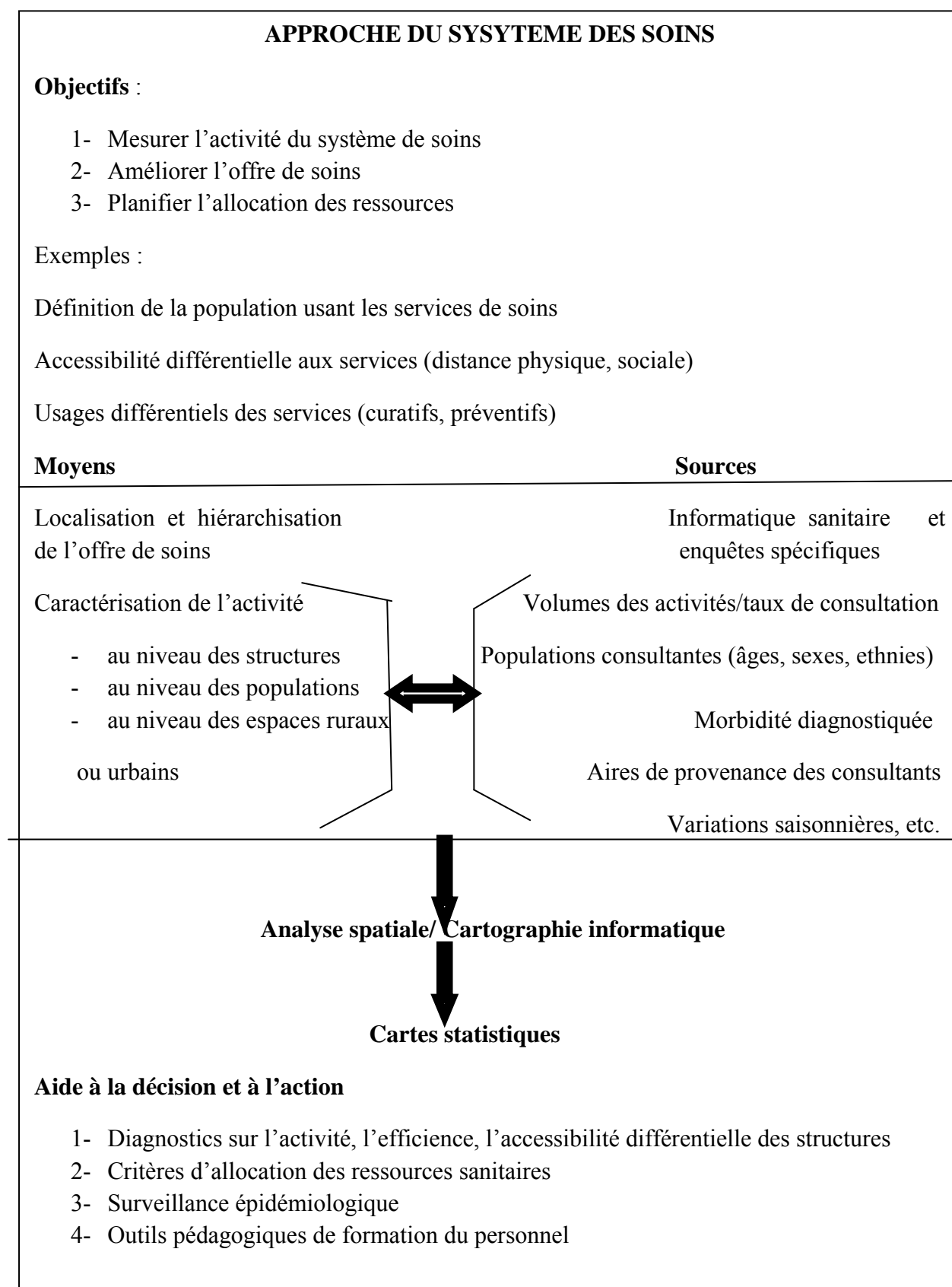
*Le système de soins a pour objectif l'organisation et la distribution des services de santé (THOUEZ, 1987). Les composantes du système sont les moyens dont la collectivité dispose pour mettre en œuvre des actions afin de satisfaire la demande en soins de santé de la population (A. NIANG, 1997). Nous pensons comme PICHERAL (1986), que le niveau et la qualité de la desserte médicale des populations, peuvent être considérés à juste titre comme de bons indicateurs de l'efficacité d'un système de santé. La question se pose en termes quantitatifs (nombre de structures) et qualitatifs (répartition spatiale). Si l'offre conditionne la demande, c'est donc elle qu'il faudrait en premier lieu analyser pour comprendre les modalités de l'accessibilité géographique aux soins<sup>19</sup>. Selon l'OMS, « C'est l'ensemble des activités officielles ou non, qui portent sur les services de santé mis à la disposition de la population et sur l'utilisation de ces services par la population ».*

Nous essayerons de comprendre l'organisation spatiale des services de santé, notamment celle des CSCOM dans notre zone d'étude.

---

<sup>19</sup> PICHERAL in A. NIANG "Evolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaires dans le delta la moyenne vallée du Fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993) : Analyse Géographique ; UCAD; 1997 ; 214 p.

**Figure 1: Approche du système de soins**



SALEM. G : 1998

## CHAPITRE III : LE SYSTEME DE SANTE DU MALI

### 3.1. Historique

Selon le rapport sur la santé dans le monde de 2000 de l'OMS, il est difficile d'indiquer avec exactitude ce qu'est un système de santé, en quoi il consiste et où il commence et se termine. Mais, il inclut toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Il diffère d'une société à une autre car les besoins de santé dépendent de chaque société et d'un pays à une autre. En outre, quel que soit le système, il vise trois grands objectifs :

- améliorer le niveau de santé de la population (qualité) ;
- répondre aux attentes de la population (réactivité) ;
- assurer à chacun la même qualité de soins sans discrimination (équité).

Pour SALEM. G (1998): « le système de santé peut se définir comme l'ensemble des pratiques sociales sur un espace donné qui exposent de façon différentielle les populations à un certain profil sanitaire ». Le système de soins est une composante du système de santé.

Selon KANTE. N (2008), le système de santé du Mali a évolué en trois étapes : la période coloniale, de l'indépendance à 1989 et de 1990 à nos jours et se résume ainsi :

#### 3.1.1 La période coloniale

Pendant la période coloniale, le système de santé était organisé autour des garnisons et dans les comptoirs. Les actions de ces centres ont d'abord profité aux troupes et aux colons, ensuite elles furent accessibles à la population. Le colon s'est vite rendu compte que la santé des seules troupes ne suffisait pas à maintenir la santé des troupes qui établissaient de nombreuses relations avec la population locale. Les maladies transmissibles faisaient des ravages au sein de la troupe et chez les commerçants. Il a fallu vite trouver une solution pour maintenir la santé de la troupe et celle de la population locale. Les centres se créaient au fur et à mesure de la progression. Les régions bénéficiaires furent d'abord Kayes, Koulikoro et ensuite Ségou avec la zone Office du Niger.

Ainsi, les actions en matière de santé de la période coloniale sont :

- la prévention des maladies à travers la vaccination de masse par des équipes mobiles;
- la participation des populations à la prise en charge de leurs dépenses de santé à travers notamment :

- la construction des formations sanitaires et celle des logements des agents de santé sous les différentes formes de travaux forcés ;

- la prise en charge de membres de l'équipe mobile (transport à cheval, logement, nourriture etc.). Pour atteindre ces objectifs, des stratégies ont été adoptées à savoir : la valorisation du savoir local à travers la formation et l'insertion des accoucheuses traditionnelles parmi les femmes âgées qui pratiquaient déjà empiriquement dans leur village l'accouchement, l'offrande « d'une prime de 20 F par enfant né vivant et bien portant »<sup>20</sup>.

En 1956, le Soudan comptait 1 médecin pour 100.000 habitants ; 557 infirmiers du premier du cycle pour tout le pays ; 90 infirmiers de 2<sup>ème</sup> cycle pour plus de 3 millions d'habitants et un taux de mortalité infantile de 150/ 1000. Les formations sanitaires étaient composées de : 2 hôpitaux ; 19 centres médicaux de cercle ; 16 postes médicaux de subdivision et 122 dispensaires ruraux<sup>21</sup>.

En conclusion, nous pouvons dire que le système colonial était inégal et basé sur l'intérêt de la métropole. Les zones qui n'avaient pas de ressource exploitable furent délaissées au profit des zones d'exploitation et les comptoirs. Il s'agit surtout du Nord-est du pays à savoir Mopti, Gao et Tombouctou.

### ***3.1.2. La première et la deuxième Républiques (1960 à 1989)***

De son accession à l'indépendance en 1960 à nos jours, le Mali a connu plusieurs réorientations de sa politique et systèmes de santé. Nous pouvons y distinguer les phases évolutives suivantes : la phase de la construction nationale (1960-76), la phase expérimentale (1977-89) et la phase d'application de l'IB (1990 à nos jours).

---

<sup>20</sup> Après sa formation, soulignait Aoua Keita (la première sage-femme du Soudan et la première femme député du Mali), l'accoucheuse traditionnelle percevait de l'administration une prime et des parents de chaque enfant « des savons, vêtements portés par la mère lors de l'accouchement, viande lors du baptême ».

<sup>21</sup> Ministère de la santé publique et des Affaires sociales in Nianguiry Kanté : Systèmes et Politiques de santé maliens, INRSP, 2008



## **1 La Phase de « la construction nationale » (1960-1976)**

En 1960, le Mali accédait à son indépendance dans un état sanitaire déplorable. Pour relever le défi disaient en substance les nouvelles autorités du Mali indépendant, ont posé plusieurs actes dans le domaine de la santé. L'objectif était de corriger le déséquilibre né de la période coloniale à savoir l'insuffisance des centres de santé et des personnels qualifiés. Ainsi, plusieurs mesures furent prises pour améliorer l'état de santé de la population. Nous pouvons citer entre autres celles portant sur la création du ministère de la santé et de la pharmacie populaire en 1960, la création des écoles des infirmiers en 1962- 63, l'élaboration du premier plan décennal de développement sanitaire et des affaires sociales en 1965-66 et la création de l'école de médecine en 1968.

Durant cette période, la part de la santé dans le budget national était de 14,25% contre 5,3% pour l'enseignement et 16,75% pour l'agriculture<sup>22</sup>. Par rapport à l'extension de la couverture, le nombre de dispensaires ruraux qui était de 122 au lendemain de l'indépendance s'élevait à 250 en 1964, soit une hausse de plus de 100%. Durant la même période, le nombre des centres médicaux de cercle passait de 19 à 39<sup>23</sup>.

Pour atteindre les résultats escomptés, le Ministère de la santé a créé des comités de coordination au niveau des formations sanitaires. Chaque comité de coordination regroupait des représentants du syndicat, les chefs des services de santé et des responsables politiques. Parmi les objectifs de ces comités, il conviendrait de citer : l'implication, l'information et la sensibilisation des populations dans le domaine du développement de la médecine de masse. Le plan 1966-1976, prévoyait :

- 1) la création dans chaque village d'une infirmerie ;
- 2) la formation des unités mobiles ;
- 3) l'extension, l'amélioration de la capacité et la modernisation des hôpitaux et centres médicaux avec notamment création d'au moins 1 dispensaire au niveau de chaque chef-lieu d'arrondissement et dans tout village (toute ville selon l'une des définitions de la ville au Mali) d'au moins 5000 habitants ;

---

<sup>22</sup> Cheick Oumar D : Le Mali de Modibo Keita, Paris Harmattan, 1986

<sup>23</sup> Ministère de la santé publique et des Affaires sociales : 1er Séminaire National des travailleurs de la Santé et des affaires Sociales, août/septembre 1964

4) l'éradication des endémies majeures ;

5) la création d'« une zone de solidarité ». Il s'agissait d'une entité économique et d'encadrement rural regroupant environ 6 villages. La zone de solidarité (secteur de base ou encore aire de santé comme on l'appellera plus tard) devait abriter au moins un dispensaire généralement construit en banco par les populations bénéficiaires. Le personnel du centre devait être composé de:

- 1 auxiliaire de santé (aide soignant) : responsable de l'infirmerie qui devait être choisi par les conseils de villages de la zone de santé et formé « lors d'un stage au centre de santé du cercle » ;

- 1 matrone : responsable de la maternité ou dispensaire/maternité, elle devait être issue du milieu et choisie par les notables de la zone de santé.

De 1960 à 1976, des résultats appréciables et appréciés ont été obtenus : la création de 128 dispensaires ruraux, de 20 centres de cercle. Le système était orienté vers le système des pays socialistes. Les populations participaient à tous les efforts. La santé était une priorité et bénéficiait des appuis considérables.

Toutefois, les efforts de l'Etat comme ceux des communautés n'ont pas donné tous les résultats escomptés. Les difficultés politico-économiques (y compris la sécheresse des années 1973-1974) du pays ont entraîné des changements significatifs :

- 1967 : Dévaluation du Franc malien de 50% de sa valeur avec liquidation prévisionnelle des sociétés et entreprises d'Etat ;

- 1968 : Coup d'Etat militaire du 19 novembre 1968 a entraîné l'arrestation des Responsables politiques qui avaient comme slogan : « tout pour le peuple et tout par le peuple » et l'abandon partiel de l'option socialiste du début des années 1960. Ainsi, la part de la santé dans le budget national fut passée de 14,25% en 1965 à 8,50% en 1968 et 6,70 % en 1976<sup>24</sup>. Le 20 juillet 1976, une lettre circulaire du Directeur Général de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) a autorisé les organisations coopératives : « Fédération des Groupements Ruraux » (FGR), chargés d'acheter et de vendre des produits de premières nécessités (pétrole, sel, sucre etc.), à commercialiser des produits pharmaceutiques aux populations.

<sup>24</sup> JB. Jailly : « L'Initiative de Bamako pouvait-elle être réalisée au Mali ? » I.N.R.S.P, Bamako, 1991, p3

Bref, les systèmes et la politique de santé du Mali au cours de cette période de 1960-1976 étaient guidés par l'option politique de l'époque : le socialisme. Elle a prôné **la gratuité de soins de santé conventionnelle** pour tous, y compris les médicaments. Le plan décennal de développement 1966-1976 a permis de doter le pays d'un embryon de services nationaux de santé.

## 2. La phase expérimentale (1977-1989)

Cette période est dite expérimentale puisqu'elle a coïncidé avec la mise en place sur le plan international des politiques des SSP et de l'IB. Elle fut l'un des moments cruciaux de la politique sanitaire malienne. Nous assistons à une réorganisation territoriale et administrative de la République du Mali avec la création du « secteur de base ». C'est seulement en 1988 que le Mali s'engagea à appliquer les recommandations de la conférence internationale d'Alma Ata relatives aux soins de santé primaires et adhéra à « l'initiative de Bamako ». Cette initiative avait comme principal objectif de « revitaliser le système de soins de santé du secteur public en renforçant la gestion au niveau du district en drainant une partie des ressources que la population elle-même consacre à la santé » (Rapport UNICEF 1992).

Le deuxième plan du développement décennal a été élaboré en 1982 avec l'appui technique de l'OMS. Dans le cadre de la réforme du système et politique de santé, le gouvernement malien a posé de nombreux actes dont la création de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.SP.) en 1981. Parmi les missions assignées à cette institution de recherche, on retiendrait :

- la promotion de la recherche médicale appliquée en santé publique ;
- la formation technique, le perfectionnement et la spécialisation des cadres travaillant dans le domaine de la santé.

Dans le cadre de l'organisation du Système de Soins, nous assistons à la publication de la première liste de médicaments essentiels comportant 240 produits pharmaceutiques et la création de la Direction Nationale de la Santé Publique et des Affaires Sociales en 1980.

En 1991, Le Pr. Joseph Brunet Jailly écrivait ceci dans un document intitulé : « L'Initiative de Bamako pouvait-elle être réalisée au Mali ? » Car disait-il en substance : « *ce sont donc les*

*familles qui supportaient d'ores et déjà, en 1986, les trois quarts des dépenses de santé ».* Et en 1988, le Mali adhéra à « l'initiative Bamako ».

En 1985 une réforme pharmaceutique autorisa l'utilisation des médicaments essentiels et de la privatisation de l'importation et de la distribution des produits pharmaceutiques. En 1986 la privatisation du secteur de la santé avec fixation des tarifs de consultation devient une réalité au Mali. La santé était devenue une charge et le gouvernement cherchait à se débarrasser en initiant la privatisation et le paiement des tarifs. La création des nouveaux centres de santé devenaient de plus en plus difficile. Les populations avaient des difficultés à bénéficier des soins de qualité. Ainsi ceux qui avaient les moyens se détournaient vers les soins privés.

Mais, le fait marquant de la période 1977-1989 aura probablement été la création d'une ASACO et d'un CSCOM dans le quartier de Banconi en Commune I. Ce centre a changé le système de santé et accordé une importance à la participation communautaire. Il fut l'aboutissement et l'application des recommandations de la conférence d'Alma-Ata et de l'IB.

Comme bilan de cette période, nous pouvons citer :

- Sur le plan des infrastructures, la création d'un nouvel hôpital, de 5 hôpitaux régionaux, 225 maternités d'arrondissement, une dizaine de centres de santé, 345 cases des « soins dans les petits villages » et 133 dépôts de médicaments<sup>25</sup>.
- Sur le plan du Personnel de santé, en 1987, on dénombrait au Mali, 394 médecins, 57 pharmaciens, environ 326 sages-femmes, 660 infirmiers d'Etat et 735 infirmiers du premier cycle. Ces personnels de santé étaient inégalement répartis sur le territoire national. Bamako la capitale qui abritait environ 10 % de la population totale disposait de 42% des médecins, 40% des infirmiers et plus de la moitié des sages-femmes<sup>26</sup>.

Cette période ouvre la voie à l'initiative privée et la participation communautaire à tous les niveaux. Elle fut également la période de l'harmonisation du système de santé avec la nouvelle pyramide sanitaire.

### **3.1.3 La 3<sup>ème</sup> République ou la phase d'application de l'IB (1990 à nos jours)**

<sup>25</sup> D'après l'hebdomadaire Jeune Afrique N°1459-1460, (page145) en1988 in Nianguiry Kanté : Systèmes et Politiques de santé maliens, INRSP, 2008

<sup>26</sup> Seydou C et Moussa K. : les Comptes Nationaux de la santé au Mali : 1988-1991, INRSP, Bamako, mars 1993, page 21

C'est la période de l'élargissement de la participation communautaire notamment en milieu rural et dans les périphéries de la capitale. Elle rompt avec l'ancien système. C'est la période de l'évolution des ASACO et des CSCOM. Le gouvernement décide d'appliquer pleinement les recommandations d'Alma-Ata et de l'IB. Désormais, la politique nationale de santé sera exclusivement basée sur les SSP et l'atteinte des OMD.

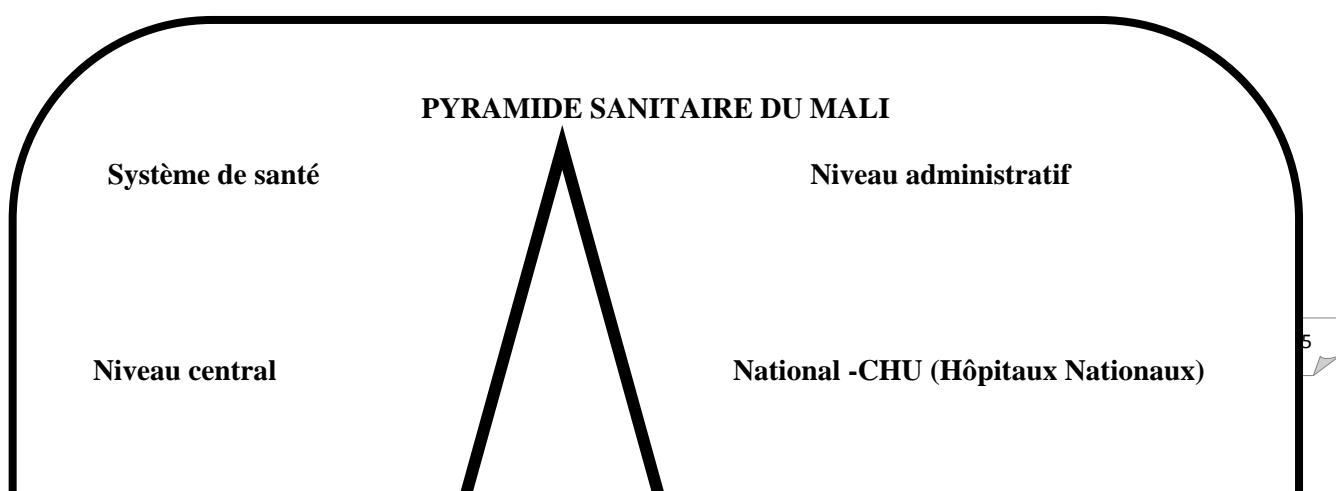
En 2002, la loi d'orientation sur la santé a été adoptée par l'Assemblée Nationale pour faciliter cette mise en œuvre. Elle définit les grandes orientations stratégiques en matière de politique de santé. La nouvelle loi stipule dans ses articles 1 et 2 la fixation des grandes orientations de la politique nationale de santé. La politique nationale de santé repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile. Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. Il s'agit des principes des soins de santé primaires, de l'initiative de Bamako et de la stratégie africaine de développement sanitaire.

Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et périurbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé. L'Etat, les collectivités locales, les populations bénéficiaires du service public de santé organisées en associations, en mutuelles, les fondations, les congrégations religieuses, les ordres professionnels du secteur et les établissements de santé concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans les conditions fixées par les lois et les règlements en vigueur. La mise en œuvre de la politique de santé s'effectue dans le cadre d'un Plan décennal de développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007, qui s'inscrit pleinement dans une approche programme. Il invite en conséquence les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) à sortir de la logique « projet » pour participer au financement des activités définies par le plan afin de garantir la cohérence de la politique de santé. Les efforts de chacun doivent être déployés en direction des objectifs fixés par l'Etat dans le cadre d'un programme sectoriel unique, cohérent et basé sur des priorités communément arrêtées. Son financement doit être établi sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Le PDDSS comprend deux Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le PRODESS I (1998-2002), a été prolongé jusqu'en 2004 et le PRODESS II (2005-2009), lui-même prolongé jusqu'en 2011 pour l'harmoniser avec le Cadre pour la Réduction de la Pauvreté. Il est organisé autour de deux composantes : Santé (7 volets) et Développement Social (5 volets).

L'un des fondements de la politique nationale de santé et de population est de faire évoluer l'organisation du système de santé d'une conception administrative vers une conception plus fonctionnelle et participative. Le financement du système de santé est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les populations bénéficiaires, d'autres personnes physiques et morales privées et les partenaires au développement.

Le système de santé actuel a une forme pyramidale. Elle a trois niveaux : le niveau opérationnel, le niveau intermédiaire et le niveau central. La figure 2 donne les différents niveaux de la pyramide sanitaire du Mali.

**Figure 2 : Pyramide Sanitaire du Mali**



**Source** : Profil en ressources humaines pour la santé : Mali, 2009

### **3.2 L'organisation du système de soins**

Les structures se présentent comme suit : l'administration sanitaire et les structures de prises en charge.

#### **3.2.1 L'Administration Sanitaire**

Elle comprend :

- les Directions Centrales et les services rattachés ;
- les Organismes Personnalisés de contrôle et de recherche ;
- les Programmes Nationaux de lutte contre les maladies spécifiques ;
- les Ordres Professionnels ;
- les Directions Régionales de la Santé et du District de Bamako ;
- les Services Sanitaires de Cercle.

L'administration centrale est chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Elle assure la coordination, le contrôle technique des services régionaux et sub-régionaux des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous la tutelle du Ministère chargé de la santé. Elle apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé. Les services techniques de région sont chargés d'appuyer et de contrôler ceux des cercles.

Les services techniques de cercles élaborent les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC), planifient les actions, organisent la mise en œuvre, impulsent les ressources humaines et contrôlent les résultats des actions exécutées. Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans des conditions définies par le Code des collectivités territoriales.

Ainsi, le Conseil Communal, le Conseil de Cercle et l'Assemblée Régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement, et de solidarité en direction des populations vulnérables.

### ***3.2.2. Les structures de prise en charge (structures prestataires de soins)***

La carte sanitaire du Mali enregistre 1070 aires de santé, 59 districts sanitaires, 6 hôpitaux de 2<sup>e</sup> référence et 6 hôpitaux de 3<sup>e</sup> référence<sup>27</sup>. A ces structures publiques et communautaires s'ajoutent des structures privées créées à la faveur de la libération des professions sanitaires et les dispositions réglementaires. Le nombre d'établissements privés est passé de 144 en 1992 à 686 en 2003. Il convient de signaler que près de la moitié de ces établissements sont localisées à Bamako. Le système de soins s'organise autour du niveau opérationnel, intermédiaire et central.

#### ***1 Le niveau opérationnel***

Ce premier niveau du système de soins comprend 2 échelons : les CSCOM et les CSREF.

- Le premier échelon ou premier niveau de contact ou de recours aux soins est constitué des CSCOM créés, gérés par les ASACO avec l'appui technique et financier de l'Etat et de ses partenaires. Les CSCOM offrent le PMA, comprennent les soins curatifs,

<sup>27</sup> WHO : Profil en ressources humaines pour la santé du pays : Mali », 2009, p17



préventifs, et promotionnels. Ils sont au nombre de 993 selon l'annuaire du Système National d'Information Sanitaire de 2009.

Au Mali, contrairement à d'autres pays (Sénégal, Burkina Faso), l'Etat ne décide pas l'implantation d'une structure de soins. Ce sont les populations regroupées en association communautaire qui en font la demande. Le processus se fait à travers une cotisation auprès des chefs de ménages des quartiers ou des villages concernés. La population doit atteindre au minimum 5000 habitants selon la loi d'orientation sur la santé. Ça peut être un quartier ou un regroupement des villages. Ensuite, ils procèdent à la recherche des partenaires (Fondation, ONG, etc.). Après, l'association dépose une demande auprès du ministère de la santé qui après vérification, donne son autorisation. L'appui de l'Etat est d'abord technique, mais après création, il peut accorder quelques personnels sanitaires (médecins, sages femmes, infirmiers, etc.). Il appui également en dotation le premier stock de médicaments des CSCOM. L'ASACO doit également mobiliser 25% du coût de réalisation.

De nos jours, beaucoup de CSCOM fonctionnent grâce à l'appui de l'Etat notamment en milieu rural. Les personnels de ces CSCOM sont pris en charge par le fonds PPTE (Pays Pauvre Très Endetté) de la Banque Mondiale.

Selon le Président de l'ASACO de Banconi :

**Encadre 1 :**

Pour la création de l'ASACOB, il y a eu plusieurs tractations entre les chefs de ménages et les autorités. Quand le besoin s'est fait sentir (nous étions loin de la ville) et chaque fois on faisait réveiller ceux qui avaient un moyen de déplacement pour amener les malades et les femmes enceintes à l'hôpital. Nous avons donc décidé de cotiser par chef de ménage pour construire notre propre centre de santé. Une fois, cette option acquise, nous avons sollicité l'appui des partenaires et de l'Etat qui ont fini par accepter. Nous avons été soutenus par les agents de l'INRSP et du professeur H. Balique qui était au Mali. Ils ont tous montré la nécessité de la création du CSCOM.

De nombreux centres sont financés par des partenaires à travers des jumelages. Les CSCOM sont appelés par le nom de leur ASACO pour les différencier avec les autres centres mais aussi de les territorialiser par le nom de leur quartier. Ainsi celui de Banconi est appelé ASACOBAN et celui de l'Hippodrome (ASACOH). De nos jours, pour mieux localiser un CSCOM, vous êtes obligé de dire le nom de l'ASACO sinon vous risquerez de ne pas être compris par les interlocuteurs.

- Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins est constitué par les CSREF qui offrent des soins de première référence comprenant la prise en charge des urgences obstétricales). Il existe 59 CSREF parmi lesquels 57 ont organisés la référence en 2008 et 59 en 2009, soit 100%<sup>28</sup>. Comme leur nom indique, ils sont chargés de prendre en charge les cas référés par les CSCOM. Ils bénéficient de quelques spécialités comme la petite chirurgie, la pédiatrie, l'ORL, etc. Ils sont situés dans les cercles et dans chacune des six communes du District.

## ***2 Le niveau intermédiaire ou 2<sup>ème</sup> niveau de référence***

Le niveau intermédiaire regroupe 6 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) de 2<sup>e</sup> référence (hôpitaux régionaux) situés au niveau des régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao. Ils bénéficient d'une autonomie de gestion. Les deux régions qui ne disposent pas d'hôpitaux régionaux sont Koulikoro et Kidal. Koulikoro est proche de Bamako (60 km) ; quant à la région de Kidal, la distance, l'insécurité et la densité semblent expliquer l'absence d'hôpital régional. Elle est également la dernière région créée. Ils reçoivent les cas référés par les CSREF et bénéficient d'un bon plateau technique, d'un personnel bien qualifié. Bamako étant la capitale ne bénéficie pas de centre de deuxième échelon.

## ***3 Le niveau central ou les CHU (3<sup>ème</sup> niveau de référence)***

Il est composé par les structures de troisième référence qui sont le dernier niveau de recours aux soins du Mali. Ces (EPH) de troisième référence sont dotés de l'autonomie de gestion et assurent la fonction de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il s'agit des CHU du Point G, de Gabriel Touré, de Kati, du Centre National d'Odontologie et de Stomatologie (CNOS) et de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA). Ils bénéficient de toutes les gammes de soins. Tous les CHU sont situés à Bamako, excepté celui de Kati qui est situé à 15 km de Bamako dans la Commune urbaine de Kati. A ces structures, il faut ajouter un

---

<sup>28</sup> Idem

hôpital parapublic : « l'Hôpital Mère Enfant le Luxembourg ». Nous pouvons également ajouter l'Hôpital du Mali qui a été inauguré le 22 Septembre 2011 fruit de la coopération chinoise. Il est le seul hôpital situé sur la rive droite.

Nous avons également plusieurs structures médicales privées et confessionnelles, le service de santé de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et le service de santé des Armées.

La politique de santé du Mali est financée par l'Etat, le recouvrement des coûts directs des actes, les communautés notamment les associations, les collectivités décentralisées et les partenaires extérieurs. Ces différents centres sont inégalement répartis sur le territoire national. Bamako la capitale paraît privilégier alors que les régions de Sikasso et Ségou sont les plus peuplées selon le dernier recensement.

Notre choix s'est porté sur les CSCOM ainsi que le CSREF pour apprécier le système de soins de la commune I. Ce sont les structures de base de premier échelon chargées d'appliquer les Soins de Santé Primaires (SSP). Ils sont les lieux de recours les plus proches de la population et les plus sollicités. Dans notre zone, en plus des CSCOM, nous avons également une structure confessionnelle parapublique et de nombreuses structures privées. Ces structures privées ont ainsi permis une meilleure offre dans tous les quartiers.

Nous utilisons le concept de desserte médicale que nous avons déjà défini pour évaluer les ressources sanitaires. Ce terme semble mieux approprié que la densité médicale. *Nous considérons les indicateurs retenus par les planificateurs nationaux et internationaux. Ces normes ont l'avantage de constituer des indicateurs commodes et surtout permettent de faire des comparaisons avec les résultats d'autres études dans le temps et dans l'espace (A. NIANG, 1997).*

Mais malgré tous ces efforts pour assurer une meilleure amélioration de la santé et une bonne utilisation des structures de soins, il faut savoir que les plus démunis ont du mal à s'offrir des soins de qualité. Le terme d'équité inscrit dans la loi est une illusion pour eux. En effet, la politique est basée sur les CSCOM or dans ces centres, il faut préalablement prendre un ticket modérateur à 500 qui coûtent cher pour beaucoup d'entre eux. Ils n'ont pas également les moyens de s'offrir des médicaments de qualité d'où l'utilisation des médicaments par terre.

## CHAPITRE IV : LA DESSERTE MEDICALE

## 4.1 LA DESSERTE MEDICALE

La desserte est la mesure de la distribution spatiale du corps médical et paramédical. L'évaluation de la desserte médicale permet de vérifier si les objectifs qui lui sont assignés dans le cadre de la politique de santé sont atteints.

### 4.1.1. La desserte dans le District de Bamako

Dans ce chapitre, nous essayerons de mesurer la desserte dans le district de Bamako et dans notre zone d'étude.

Comme dans la plupart des pays en voie de développement, l'offre se concentre dans les centres villes. De par son statut de capitale du Mali, la ville de Bamako est la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Selon la Direction Régionale de la Santé (DRS) du District, la ville de Bamako a un statut particulier qui fait de lui une région médicale à part entière avec ses six communes équivalentes aux districts sanitaires de l'OMS. Les six communes comportent chacune une forte proportion de population périurbaine résidant dans des « cités dortoirs » d'où la présence d'un profil épidémiologique spécifique.

La ville compte 55 CSCOM, 213 structures privées (cliniques et cabinets), 207 officines privées de pharmacie du secteur libéral. Dans le secteur parapublic, 4 structures militaires (Maternité Camp I, Base 101, Ex Base et la maternité de la police), 4 structures confessionnelles, 7 structures INPS, et 2 structures associatives (MUTEC et MIPROMA).

Elle abrite également 5 des 6 hôpitaux nationaux.

**Tableau 18: La répartition des CSCOM par commune**

Communes	Population	CSCOM	Population/ CSCOM
Commune I	372 345	11	33 849
Commune II	166 913	5	33382
Commune III	135 132	8	16 891
Commune IV	327 073	9	36 341
Commune V	479 200	12	39 933
Commune VI	539 417	10	53 941
<b>Total Bamako</b>	<b>2 020 080</b>	<b>55</b>	<b>36 728</b>

**Source :** Rapport DRS 2010, Projection RGPH 2009

En se limitant à l'offre communautaire, le District de Bamako a la plus mauvaise desserte du pays avec en moyenne plus de 30 000 habitants pour un CSCOM. Le cas de la commune VI est flagrant avec une desserte d'un CSCOM pour 53 941 habitants alors que la loi d'orientation préconise une desserte entre 5000 et 10000 habitants. Comme l'Etat ne peut pas prendre en charge toute cette population avec la création des CSCOM, il donne mandat aux privés pour améliorer la desserte médicale.

Bamako compte également 311 pharmacies dont 30 grossistes. Nous avons un ratio d'une pharmacie pour 6 495 habitants. Quant aux personnels soignants, selon l'annuaire 2009 du SNIS, nous avons 1080 médecins (soit un ratio d'un médecin pour 1 675 habitants), 3975 infirmiers (soit un ratio d'un infirmier pour 455 habitants) et de 918 sages femmes (soit un ratio d'une sage femme pour 1886 habitants).

**Tableau 19: Effectif et Ratio personnel soignant/habitant par région**

Région	Population	Médecin		Infirmier		Sage femme	
Kayes	1 996 812	97	20 585	355	5 624	41	48 702
Koulikoro	2 418 305	94	25 726	478	5 059	62	39 004
Sikasso	2 625 919	155	1 694	466	5635	41	64 047
Ségou	2 336 255	149	14 375	547	4 271	69	33 858
Mopti	2 037 330	108	18 864	285	7 148	32	63 666
Tombouctou	681 691	38	17 939	296	2 303	16	42 605
Gao	544 120	50	10 882	254	2 142	22	24 732
Kidal	67 638	15	4 509	58	1 166	3	22 546
Bamako	1 809 106	1080	1675	3975	455	918	1 970
<b>Total Mali</b>	<b>14 517 176</b>	<b>1 786</b>	<b>8 128</b>	<b>6 714</b>	<b>2 162</b>	<b>1 204</b>	<b>12 057</b>

Norme OMS	1 pour 10 000	1 pour 5 000	1 pour 5 000
-----------	---------------	--------------	--------------

**Source :** SNIS, RGPH, 2009

Le tableau est sans commentaire, Bamako monopolise 60% des médecins, 59% des infirmiers et 76 % des sages femmes. Seules les régions de Kidal, Sikasso et Bamako ont une desserte satisfaisante selon les normes de l'OMS en médecin avec respectivement 1 médecin pour 4 509 habitants pour Kidal, 1 médecin pour 1 694 habitants pour Sikasso et un médecin pour 1 675 habitants pour Bamako. Quant aux infirmiers, la norme est satisfaisante à Ségou, Tombouctou, Gao, Kidal et Bamako alors qu'elle est moins satisfaisante dans les autres régions. La région de Mopti est la moins fournie avec un infirmier pour 7 148 habitants. Pour les sages femmes, seule la ville de Bamako a une desserte satisfaisante selon les normes de l'OMS. La situation est catastrophique à Mopti (1/63 666 habitants et à Sikasso, 1/64 047 habitants). A travers ce tableau, un redéploiement du personnel de santé à l'intérieur du pays est nécessaire pour réduire l'inégalité spatiale et temporelle.

#### **4.1.2. La desserte en Commune I**

Nous avons classé les deux structures confessionnelles comme communautaire puis qu'elles pratiquent les mêmes tarifications que les CSCOM. Elles sont sous la supervision du médecin chef du district sanitaire.

La desserte est satisfaisante en général (1 centre de santé pour 6534 habitants en moyenne). La loi d'orientation sur la santé prévoit un centre de santé au moins pour 5 000 habitants. En commune I, cette desserte cache de nombreuses inégalités entre les quartiers. Le quartier le mieux desservi est Sotuba avec une desserte d'un centre pour 1 979 habitants contre 1 pour 27 479 pour Fadjiguila. Il faut savoir que tous les centres de Sotuba sont privés. Il y a un centre de recherche sur le paludisme qui dispose d'un dispensaire rattaché à l'aire de santé de Boulkassoumbougou. Les deux autres centres sont situés dans la zone ACI et fréquentés par la population aisée (les habitants de la zone de recasement). Quant à nos quartiers d'étude, Banconi a une desserte d'un centre de santé pour 13 379 habitants contre 1 centre de santé pour 2 741 habitants pour Korofina Nord. Cette différence est surtout due à la présence du CSREF à Korofina ainsi que 8 structures privées. Banconi pour sa part n'a que 9 centres pour une population de 120 416 habitants. C'est la raison pour laquelle le recours est particulier à Banconi puisque tous les centres étudiés ont été fortement fréquentés par la population de Banconi. C'est l'une des raisons de la construction du centre Chérifla par le guide spirituel des Ançar Dine pour soulager la population et améliorer le recours aux soins.

**Tableau 20: Desserte médicale en Commune I**

	pop total	nbre de structure communautaire	nbre de structure privée	nbre total de structure	desserte (pop/nbre structure)	Pharmacies privées
Banconi	120 416	3	6	9	13379	13
Boukassoumbougou	55 032	2	7	9	6115	7
Djélibougou	42 112	1	5	6	7018	9
Doumanzana	34 479	2	10	12	2873	3
Fadjiguila	27 479	1	0	1	27479	3
Korofina Nord	27 405	2	8	10	2741	2
Korofina Sud	9 532	1	2	3	3177	1
Sikoroni	50 080	2	2	4	12520	3
Sotuba	5 920	0	3	3	1973	2
<b>Total</b>	<b>372 455</b>	<b>14</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>6534</b>	<b>43</b>

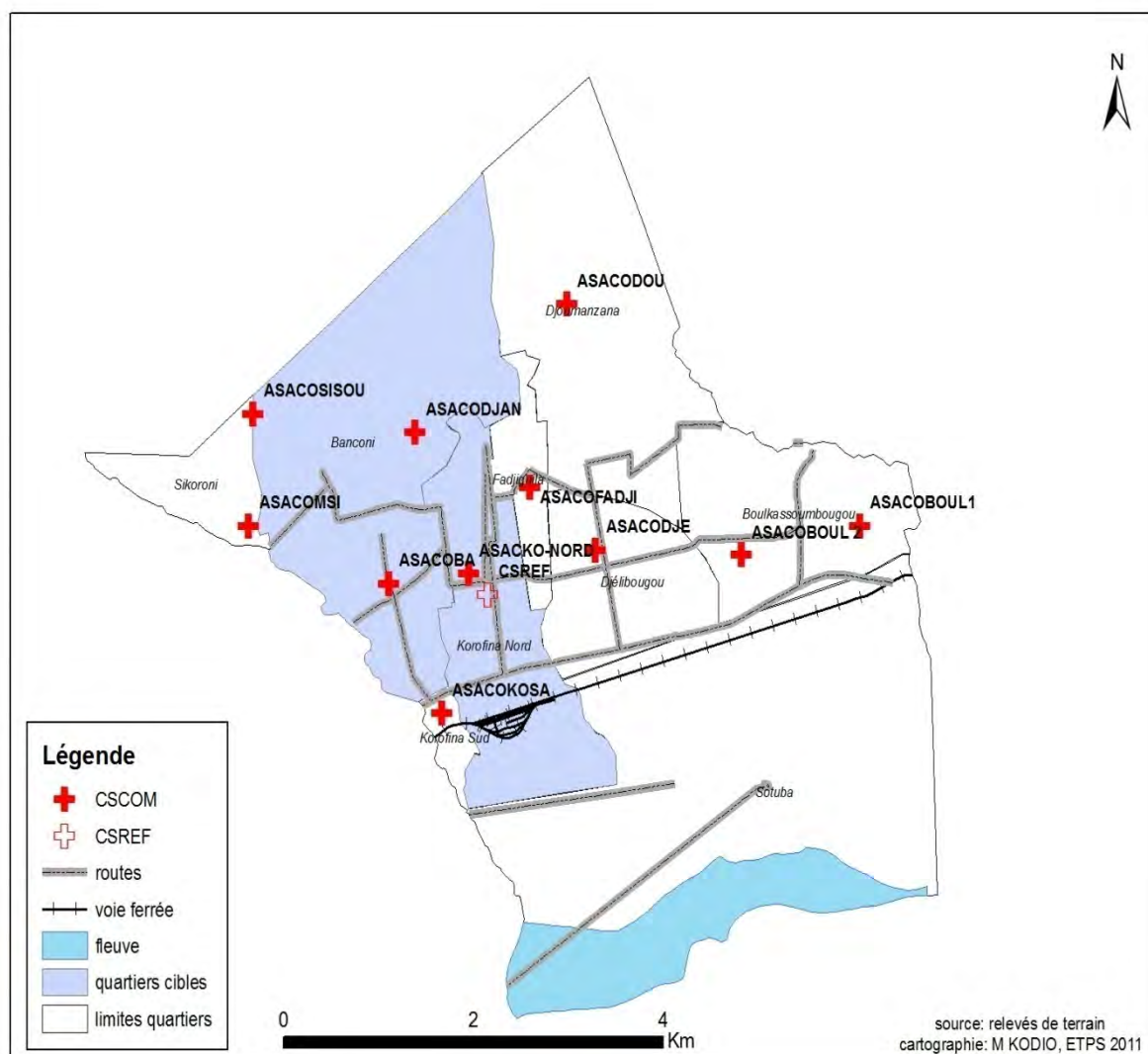
**Source :** Enquête de terrain, M. Kodio ; 2011

En regardant le tableau, nous remarquons que le cas de Doumanzana est particulier, en effet, ce quartier a bénéficié de la plus grande zone de recasement de la commune. Les populations qui se sont installées ont un pouvoir d'achat assez élevé et de nombreuses structures privées ont profité pour s'installer en offrant des soins à la population. Celle-ci était éloignée des centres de santé. Nous avons ainsi dénombré 12 structures (1 CSCOM, une structure confessionnelle et 10 privées). La structure confessionnelle est catholique et est située à Nafadji. Comme on a vu auparavant, la population de Doumanzana dépasse de loin le chiffre actuel que nous disposons par projection ; ce qui signifie que la desserte peut n'être pas satisfaisante. Les données du RGPH de 2009 permettront d'en savoir plus.

Il faut savoir que Korofina abrite les cliniques de spécialisation (chirurgicale, dentaire, d'accouchement, etc.) et les grands laboratoires d'analyse alors que Banconi n'abrite que les cabinets privés (**carte 10**). Cette situation s'explique par sa position géographique (chef lieu de la commune) mais aussi par une population aisée qui préfère les soins privés avec ses tarifications (2000 à 5000 F CFA) pour la consultation contre 500 F CFA pour les CSCOM. Quant aux cabinets privés de Banconi, la tarification varie entre 500 et 3000 F. Le seul cabinet qui pratique une tarification à 500 F CFA est le centre SAHDIA.

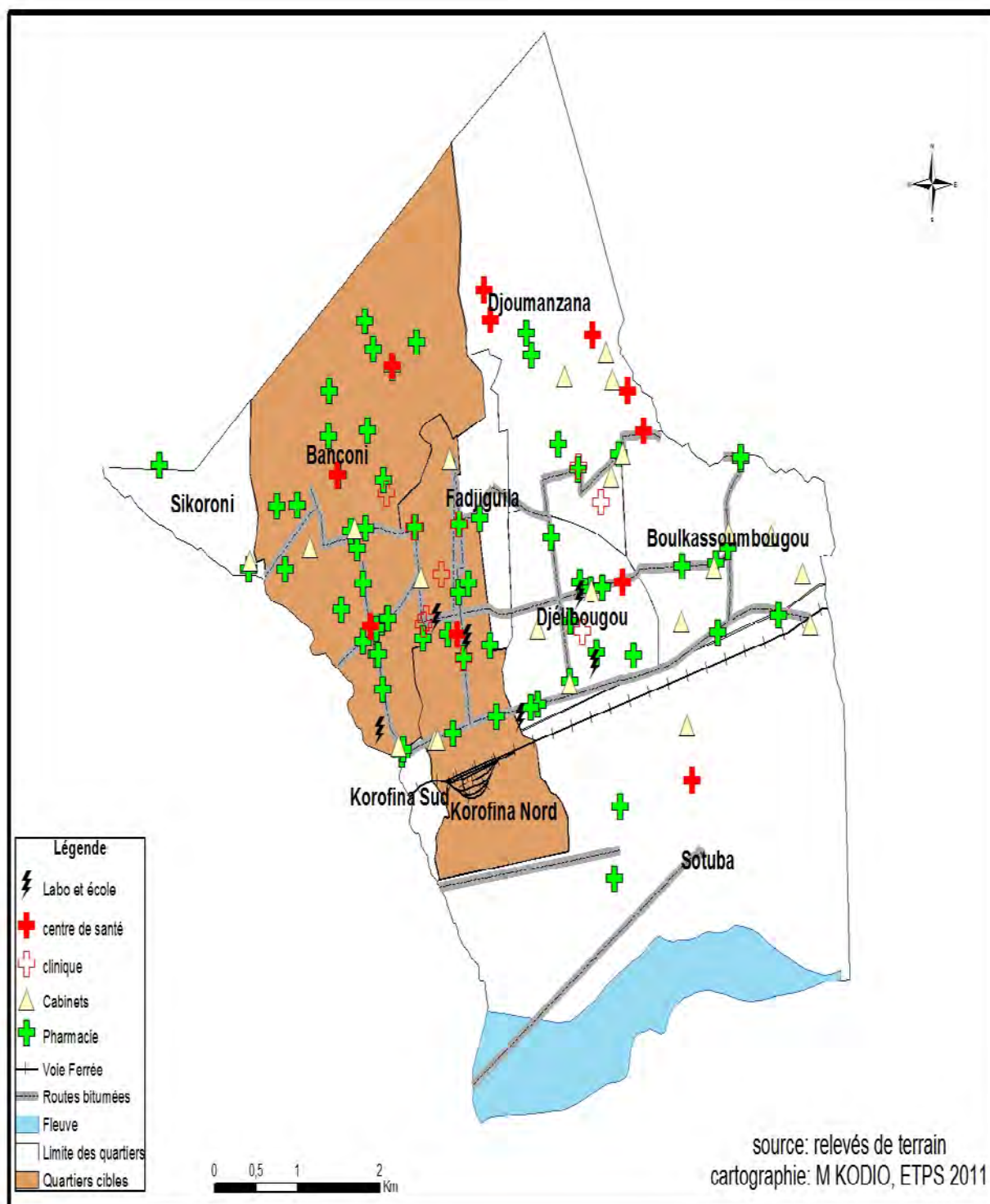
Ces populations qui fréquentent les structures privées disent fuir la file d'attente dans les CSCOM et souvent la négligence de certains agents de santé.

#### **Carte 8 : Offre en CSCOM et CSREF en Commune I**

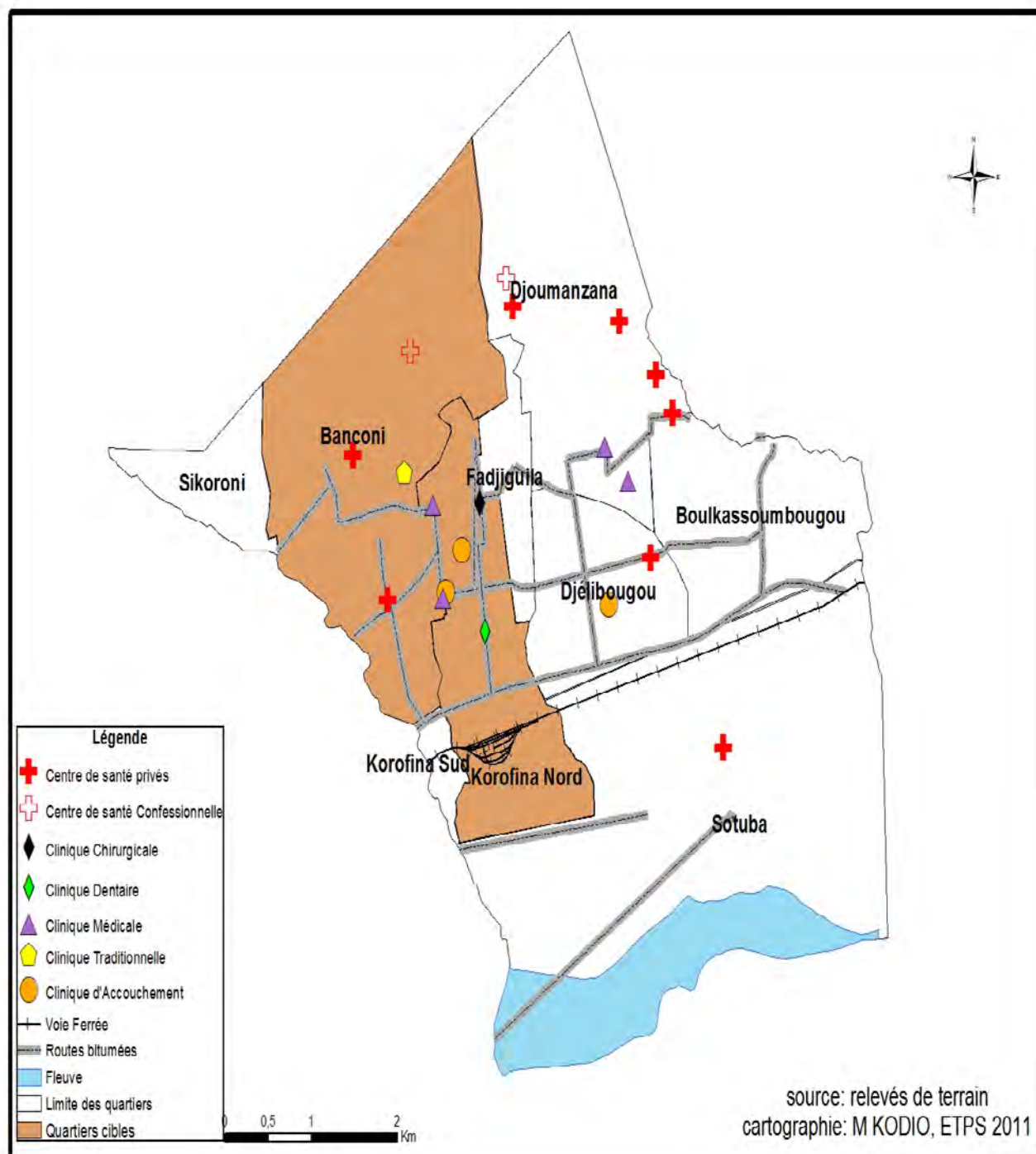


### Carte 9: Offre de soins en Commune I

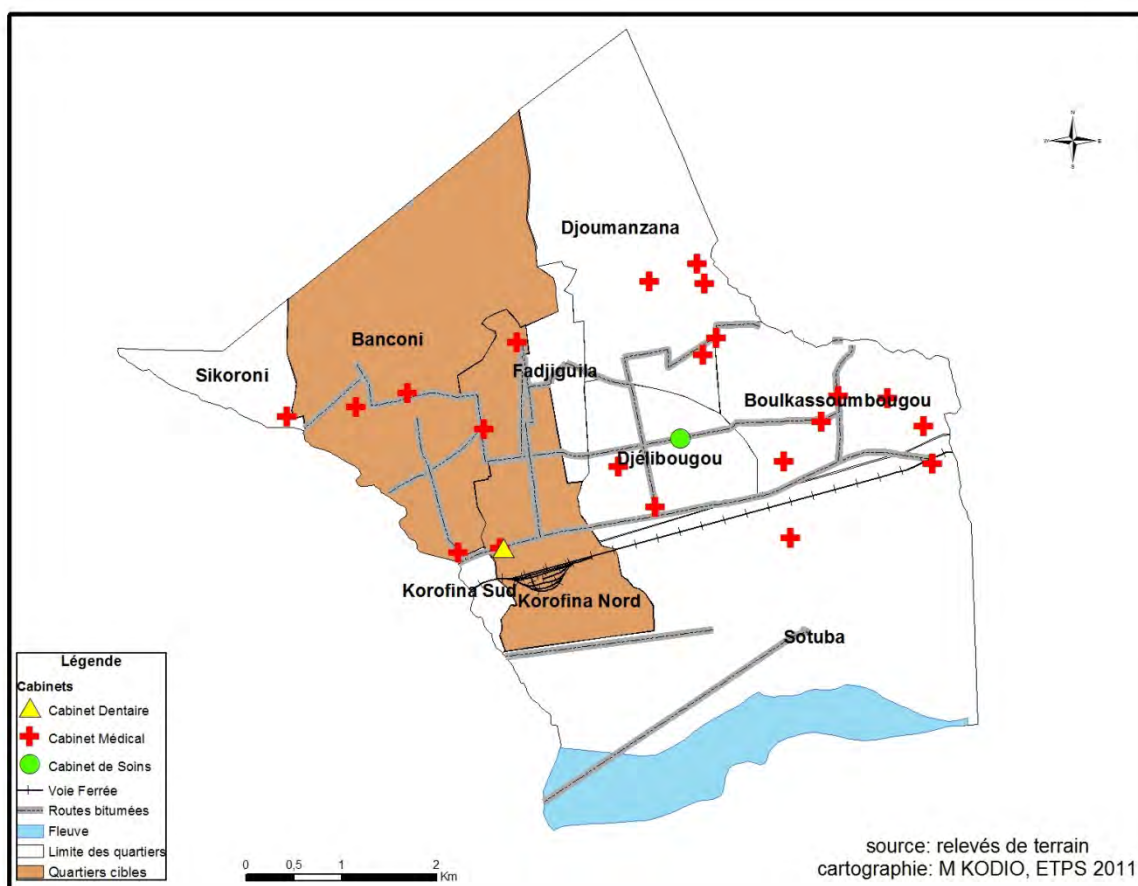




**Carte 10: L'offre privée en Commune I**



Carte 11: L'offre en cabinets privés en Commune I



En se limitant à la desserte au niveau des CSCOM, nous aurons une desserte d'un médecin pour 11 286 habitants alors que la norme est d'un médecin pour 10 000 habitants. Mais si nous incluons les privés, nous aurons une meilleure desserte avec un médecin pour 4 487 habitants. Cette situation explique l'importance numérique et qualitative des structures privées dans l'amélioration de la desserte médicale. Les autorités en comprenant cela ne fournissent plus d'effort pour la création des CSCOM. Elles préfèrent donner l'autorisation aux privées qui en plus de fournir des soins à la population, payent également l'impôt qui renfloue la caisse de l'Etat. La priorité est désormais réservée en milieu rural où l'offre n'est pas satisfaisante. Mais cette situation crée un problème de fréquentation dans la mesure où la population n'a pas assez de moyens pour s'offrir les prestations dans les privées. C'est la raison pour laquelle, nous avons remarqué une sous fréquentation de l'ensemble des structures privées lors du relèvement des points GPS. Certaines structures ont du mal à avoir dix patients par jour.

#### 4.2. Répartition en personnel de santé

**Tableau 21: Répartition en personnel médical et paramédical**

Désignation	Localisation	Population	Personnel				
			médecin	T. LAB	I.D.E; S.F; OBS	TS INF	Matrone
ASACOBAB	Banconi	120 416	4	1	7	2	6
ASACOMSI	Sikoro	50 080	2	1	2	5	6
ASACODJAN	Banconi Djanguinebougou		1	0	1	2	0
ASACOKOSA	Korofina Sud	9 532	1	0	2	5	2
ASACKO/Nord	Korofina Nord	27 405	2	1	3	3	1
ASACODJIE	Djélibougou	42 112	1	1	5	1	3
ASACODOU	Djoumanzana	34 479	1	0	3	1	3
ASACOFADJI	Fadjiguila	27 479	2	0	5	0	1
ASACOBOUL1	Boukassoumbougou	27 516	3	1	4	2	0
ASACOBOUL2	Boukassoumbougou	27 516	1	-	4	1	0
ASACOSISOU	Sikoro- Sourakabougou	ND	1	ND	ND	ND	ND
CSREF	Korofina Nord	372 455	11	3	18	8	0
Chérifla	Banconi Djangu	120 416	3	1	3	4	
Dispensaire catholique de Nafadji	Doumanzana Nafadji	34 479	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Total</b>		<b>372 455</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>22</b>

**Source** : AUA Abdaty 2009, enquête M. Kodio

Il faut également savoir qu'on rencontre l'offre informelle dans la commune et dans les quartiers d'étude. Cette offre est surtout pratiquée par les jeunes médecins ou les étudiants en médecine qui aménagent le plus souvent une chambre dans la cour familiale. Nous avons remarqué également des médecins et des infirmiers à la retraite qui fournissent des prestations aux personnes âgées et aux hommes qui n'ont pas le temps d'aller au centre de santé. L'offre informelle est pratiquée surtout pendant la nuit et le matin de bonheur avant que le praticien n'aille à son lieu de stage ou de travail et à son retour (**carte12**). Cette offre est beaucoup appréciée par les hommes qui n'ont pas assez de temps. Généralement, la prestation tourne autour 1000 F et 2000 F selon les personnes et les cas.

En plus, nous avons remarqué de nombreux tradipraticiens dans la commune. Ils sont organisés en association et fournissent des soins pour des maladies chroniques (HTA ; diabète, hémorroïde etc.), diarrhées, paludisme, mais également pour les maladies dont on ne connaît pas l'origine (sourcellerie ; mauvais œil, etc.). Nous remarquons la présence de nombreux praticiens venus de la sous région (Nigeria, Burkina Faso, Togo, Bénin, etc.). Le tableau ci-après donne le nombre des tradipraticiens et leur catégorie. Nous constatons que les thérapeutes à plein temps représentent près de 50% alors que ceux qui travaillent à temps partiel c'est-à-dire ceux qui mènent une autre activité représentent 24%. Les herboristes représentent 25% et les collecteurs (ceux qui vont chercher les médicaments en brousse) font 1%. Le tableau ne prend en compte que les praticiens déclarés alors que ceux qui pratiquent de façon informelle sont les plus nombreux notamment parmi les collecteurs et les herboristes.

**Tableau 22: Répartition des soins traditionnels**

Catégories	Nombre	Pourcentage (%)
Thérapeutes à plein temps	101	50
Thérapeutes à temps partiel	43	24
Herboristes	51	25
Collecteurs	9	1
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

**Source** : Mairie, Monographie 2007, p 61

Mais le fait le plus marquant est la présence de nombreux vendeurs des médicaments de la rue. Ils sont dans tous les quartiers de Bamako. Cette offre est surtout offerte par les femmes, notamment les femmes polygames qui profitent de leur jour de repos dans le foyer pour vendre ces médicaments. Elles font souvent des kilomètres par jour à la recherche des clients. Elles vont également dans les marchés et devant les boutiques ou les coins stratégiques (carrefour, tournant, etc.) (**Photo 38, 39, 40, 41**).

**Photo 35: Vendeuse devant une boutique à Djélibougou      Photo 36: Vendeuse dans la rue à Doumanzana**





**Photo 37: Vendeuse au marché (Farada)**

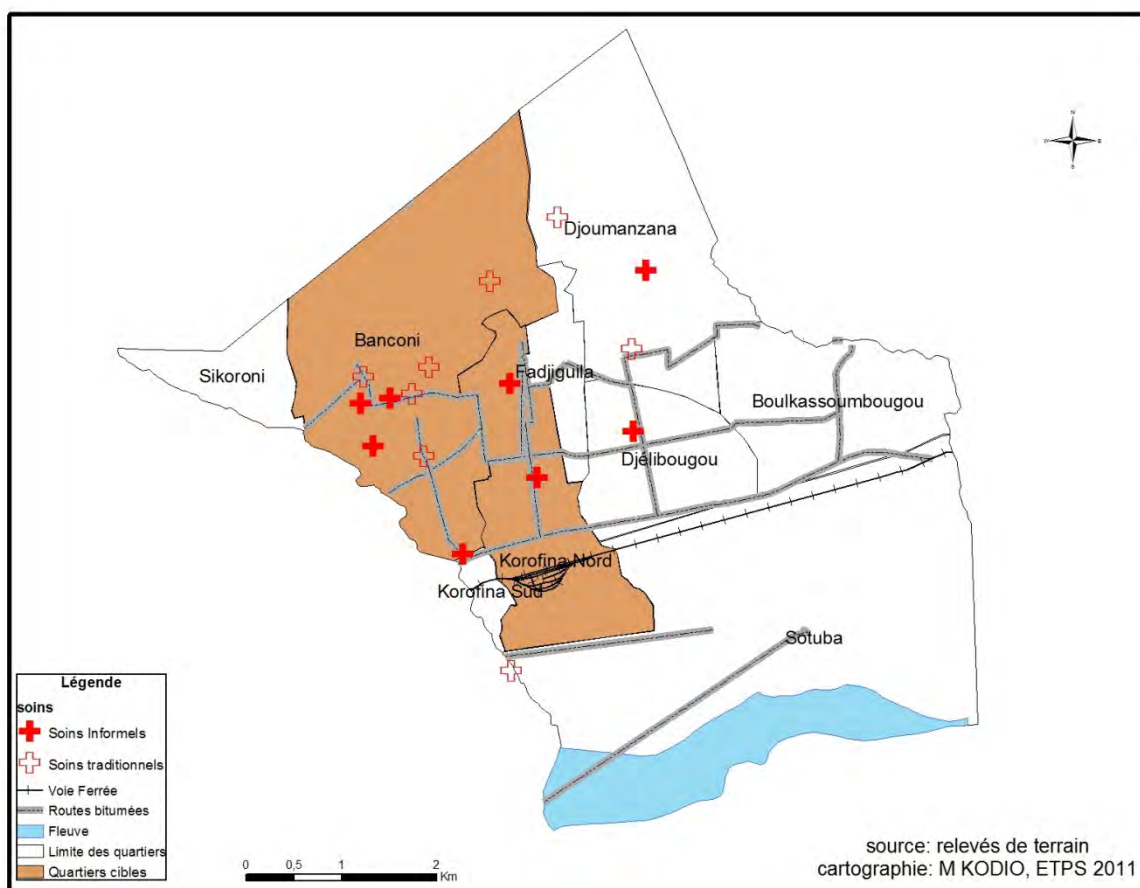


**Photo 38: Vendeuse dans la rue à Banconi Plateau**



**Source :** cliché du 18 novembre 2011 ; M. Kodio

**Carte12:** Offre informelle et traditionnelle en Commune I



Les autorités restent impuissantes face à cette situation d'autant plus que ces médicaments sont appréciés par la population. Ils coûtent moins chers et sont vendus en détail.

Cette situation est illustrée par les propos d'un homme de Banconi Flabougou :

### Encadré 2

De toute façon, nous sommes obligés de se soulager avec ces médicaments qui nous coutent moins chers. Si tu as 100 F CFA, tu peux te soulager alors que dans les centres ou les pharmacies, il faut payer cher. Ils ne vendent pas en détail et nous sommes obligés de nous déplacer alors que pour les médicaments de la rue, les vendeurs passent devant nos portes et sont nos voisins. Ce que les gens disent par rapport à la qualité de ces médicaments n'a été démontré par personne.

En toute évidence, il faut qu'un homme meure de quelque chose.

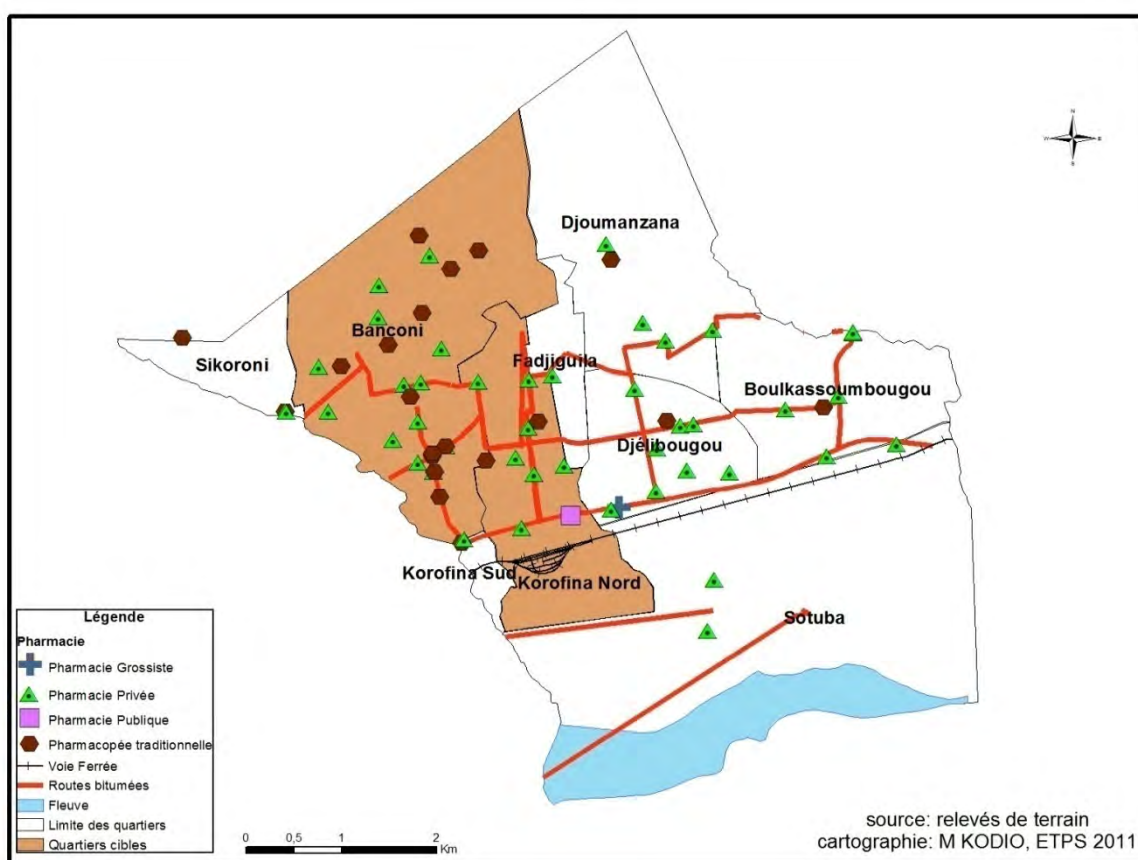
Nous avons dénombré en commune I de nombreuses pharmacies privées qui offrent des médicaments de spécialité et certains médicaments en DCI comme les paracétamols et autres (**carte 13**).

Nous avons recensé 43 pharmacies en Commune I pour 372345 habitants. Ce qui nous donne une desserte d'une pharmacie pour 8 659 habitants. Le quartier de Banconi compte le plus grand nombre de pharmacie (13) pour une desserte d'une pharmacie pour 9262 habitants. Korofina n'a que deux pharmacies, ce qui donne une desserte d'une pharmacie pour 13 703 habitants.

Le quartier de Sotuba a la meilleure desserte en pharmacie (1 pharmacie pour 2960 habitants), suivi de Djélibougou (1 pharmacie pour 4679 habitants). Seul le quartier de Korofina Sud a une pharmacie. Les trois mauvaises dessertes sont Sikoroni (1/16693), Korofina Nord (1/13703) et Doumanzana (1/11493).

Nous avons remarqué que l'implantation des pharmacies ne respecte pas la réglementation en vigueur qui est d'une pharmacie pour une distance 1km ou 500 m. Nous avons eu des pharmacies à moins de 300 m notamment à Banconi et à Djélibougou.

### Carte13: Répartition des Pharmacies en Commune I



**Tableau 23: Répartition des structures privées**



Centre	personnel		Nombre de lits	Adresse
	Médecin	Infirmier		
TERIYA	10	4	8	Banconi Plateau
Cabinet TIENOU	3	2	9	Banconi Layebougou
SANTE PLUS	2	4	13	Djélibougou
Cabinet medical HORIZON	ND	ND	ND	Djélibougou
YAMADOU	1	2	6	Djélibougou
KAYIRA(MAH DOUMBIA)	1	2	8	Boukassoumboug
ZEINA	-	-	-	Boukassoumboug
CAB MED DU CENTRE	1	3	19	Korofina Sud
AMINATA FOFANA	1	2	7	Korofina Nord
CABINET DENTAIRE PRIVE	3	2	6	Korofina Nord
CABINET DENTAIRE PRIVE ST	3	2	16	Korofina Nord
DANAYA CLINIQUE ACCOUCHEMENT	1	1	7	Korofina Nord
SADIA (GIE)	1	2	12	Banconi Layebougou
MAKAMBALA	1	3	9	Korofina Nord
ACCUNTURE	1	1	4	Korofina Nord
DAROU SALAM	1	1	7	Djélibougou
KALAGNA SANOGO	2	2	6	Djélibougou
INFIRMERIE ZARRAH	1	1	2	Djélibougou
MAMA HOULEYE	1	2	2	Djélibougou
CHOALA	3	5	16	Djoumanzana
LE FLAMBOYANT	2	2	12	Fadjiguila
GROUPE MEDICALE BKO SARL		-	-	Korofina Nord
CLINIQUE ALLAYE	8	4		Korofina Nord
CABINET BAANE	1	3		Korofina Nord
KENEYA LA GRACE	ND	ND	ND	Doumanzana
MUTUELLE SANTE GIE KENEYA GNETAGA	ND	ND		Djoumanzana
Cabinet DORO SIRE	1	ND	ND	Sikoroni
Cabinet PRIVE SIKORONI	1	ND	ND	Sikoroni à côté du cimetière
CLINIQUE AYA	ND	ND	ND	Korofina Nord
Cabinet médical CAPITAL	ND	ND	ND	Djélibougou
Cabinet médical	ND	ND	ND	Doumanzana

BELEDOUGOU				
Cabinet médical BABOU	ND	ND	ND	Boulik (Kouloubéni)
Cabinet médical KADRIAMI	ND	ND	ND	Boulik (Kouloubéni)
Centre de Recherche pour le Paludisme	ND	ND	ND	Sotuba Village
Cabinet médical ASMA	ND	ND	ND	Boukassoumbougou
Centre de santé de l'AMUPI	ND	ND	ND	Sotuba ACI
Cabinet médical KAFO	3	5	30	Sotuba ACI
Clinique d'accouchement SOGNOGO BAMUNAN	ND	ND	ND	Korofina Nord
Cabinet médical du Centre	ND	ND	ND	Korofina Sud
Cabinet médical YATTARA	ND	ND	ND	Banconi Salembougou
Cabinet ABDALLAH	ND	ND	ND	Boukassoumbou
Cabinet médical NOURL ISLAMIYA	ND	ND	ND	Boukassoumbou
Médecin de l'Espoir	ND	ND	ND	Doumanzana
Centre Médical KANGOUROU	ND	ND	ND	Doumanzana
Cabinet médical LE BADJAN	ND	ND	ND	Doumanzana
Cabinet Médical KASSAMBARA	ND	ND	ND	Doumanzana
Centre Médical LE Luxembourg	ND	ND	ND	Banconi Flabougou
Cabinet Dentaire	ND	ND	ND	Korofina Sud
Cabinet médical LE DIAGNOSTIC	ND	ND	ND	Boukassoumbougou
Clinique EXPERIENCE	ND	ND	ND	Doumanzana
Clinique LA COLOMBE	ND	ND	ND	Banconi Razel
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>199</b>	COMMUNE I

**Source :** AUA Abdaty 2009 ; Enquête personnelle, M.Kodio ; 2011

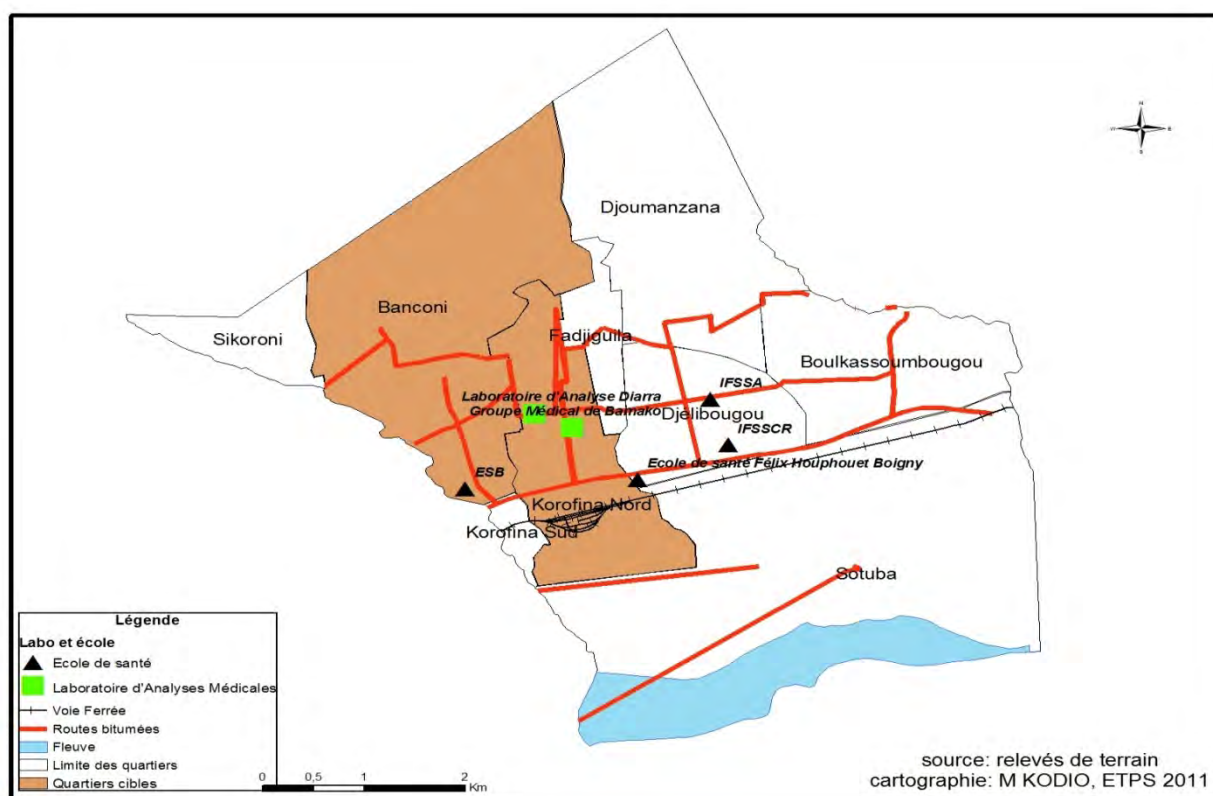
Dans l'ensemble, Banconi a plus de médecins soit 22 mais une mauvaise desserte soit 1 médecin pour 5 473 habitants contre 21 médecins pour Korofina avec une desserte d'un médecin pour 1305 habitants. Le quartier de Fadjiguila a encore la plus mauvaise desserte

avec 1 médecin pour 13 739 habitants, suivi de Sikoroni, un médecin pour 12 520 habitants. La présence de deux structures nouvellement créées n'a pas permis d'améliorer la desserte en personnel de santé. Les autres quartiers grâce à la présence des structures privées ont une meilleure desserte. Le problème qui se pose est que ces structures privées ne sont pas accessibles à toute la population, est-ce que de ce fait, on doit les inclure dans la desserte ?

Dans certains centres, des médecins et des infirmiers participent à toutes les activités du centre mais ne sont pas salariés. Ils font le bénévolat, nous avons jugé nécessaire de les inclure dans la desserte puisqu'ils consultent la population. C'est le cas à ASACKO-NORD où le second médecin est bénévole ainsi que certains infirmiers.

Nous avons en commune I, 4 écoles de santé et des laboratoires d'analyses médicales. Banconi dispose d'une école de santé (Ecole de Santé de Bamako). Les autres écoles sont situées à Djelibougou. Quant aux laboratoires d'analyses, ils sont tous situés à Korofina-Nord (**Carte14**).

**Carte 14: Ecoles de santé et laboratoires d'analyses médicales**



#### 4.3. L'AIRES THEORIQUE DES CENTRES ETUDIES

Dans cette partie, nous analyserons les centres étudiés dans les deux quartiers. Cette analyse permettra de comprendre l'activité réelle des différents centres. Nous allons dénommer les

structures par le nom de leur ASACO pour faciliter la compréhension, être conforme à l'appellation populaire et souvent officielle. Ainsi le CSCOM de Banconi sera appelé ASACOBABA et celui de Korofina Nord (ASACKO-NORD).

#### **4.3.1. Le CSCOM de Banconi (ASACOBABA)**

Ce centre construit en 1989 avec l'aide de la Coopération Française notamment celle de la ville d'Angers est le premier centre communautaire du pays. Son aire théorique était les 6 secteurs du quartier. Mais avec la construction du CSCOM de Djanguinébourg en 2000, Djanguinébourg a été détaché de son aire théorique ainsi qu'une partie de Salembourgou qui a été rattachée au CSCOM de Korofina Sud en 1997.

Tous les secteurs sont à une distance respectable (moins de 3 Km). Il doit fournir les soins curatifs, préventifs, promotionnels et éducatifs à la population de son aire. Cette aire de santé continue de polariser l'ensemble du quartier compte tenu de sa situation géographique. Elle dessert les 4 secteurs et une partie de Salembourgou, ce qui donne une desserte d'un centre pour 88 724 habitants. Il a 4 médecins soit une desserte d'un médecin pour 22181 habitants. Le centre n'a qu'une seule sage femme pour 22181 FAR en tenant compte que les Femmes en Age de Reproduction (FAR) constituent 25% de la population totale. Le centre dispose également de 6 matrones. Nous n'avons pas pu analyser les autres soins fournis par ce centre. Cette situation constitue une contrainte majeure pour les femmes qui sont obligées de faire des longues attentes pour être reçues par la sage femme (**photo42**). Nous nous sommes limité aux soins curatifs. Il faut également savoir qu'un gynécologue fait la consultation au centre les mardis et les jeudis.

#### **Photo 39: Femmes en attente de la CPN à ASACOBABA**



**Source :** Cliche du 19-09-2011, M. Kodio

#### **4.3.2. CSCOM de Korofina Nord (ASACKO-NORD)**

Construit en 2006 par une ASACO avec l'appui de l'Etat, son aire théorique est Korofina Nord. Cette aire de santé ne dépasse pas un kilomètre avec une desserte d'un centre pour 27 405 habitants. Quant au personnel médical, la desserte est d'un médecin pour 13 702 habitants contre un médecin pour 22 181 habitants pour ASACOBA. Contrairement à ASACOBA, il dispose de 2 sages femmes pour une population de 6851 FAR. Mais nous avons remarqué dans tous les centres étudiés, la présence des stagiaires et bénévoles qui appuient le personnel de santé. Ce centre fournit également l'ensemble des soins qu'un CSCOM doit fournir.

#### **4.3.3. CSCOM de Djanguinébouyou (ASACODJAN)**

Créé en 2000 par une ASACO pour désengorger ASACOBA, ce centre est le seul centre communautaire en location. Son aire théorique est le secteur de Djanguinébouyou ; mais il faut savoir que ce centre souffre de la sous fréquentation des habitants de ce secteur. Sa desserte est de 24 709 habitants. Le centre n'a pas de sage femme, il dispose une infirmière obstétricienne. La structure est en location et a besoin d'un renouvellement. Il a de nombreuses difficultés pour fournir les soins qui lui sont assignés.

#### **4.3.4. Centre Chérifla**

Créé en 2009 par l'Association religieuse Ançar Dine International, il n'a pas d'aire spécifique. Ce centre confessionnel a le statut parapublic. Il est situé à Djanguinébouyou. Il a une desserte de 8236 habitants en tenant compte de Djanguinebouyou. Comme ASACODJAN, il n'a pas encore de sage femme. Il est de nos jours, le principal centre de santé de Djanguinebouyou. Mais si nous ajoutons les autres secteurs du quartier, sa desserte

serait d'un centre pour 120 416 habitants puisqu'il couvre l'ensemble du quartier. Quant au personnel soignant, nous avons un médecin pour 40 138 habitants. Ce centre en plus du PMA, fait quelques prestations comme la petite chirurgie.

#### **4.3.5. CSCOM de Korofina Sud (ASACOKOSA)**

Ce centre a été créé en 1996 par l'appui de la Coopération Allemande. Son aire de santé est constituée de Korofina Sud et d'une partie de Banconi Salembougou. Il a une desserte d'1 médecin pour 16516, une sage femme pour 4129 habitants. Il y a également de nombreux stagiaires dans ce centre. Son aire ne dépasse pas 1 km<sup>2</sup>. Il ne fournit aussi que le PMA.

#### **4.3.6. Centre Privé SAHDIA**

Ce centre de diagnostic et de traitement (Fondation Sahdia) a été créé en 1997 sur initiative personnelle. C'est le seul centre privé de notre échantillon. Son choix est dû à sa position géographique entre Banconi et Dialakorodji mais aussi par sa tarification (500F) alors que les autres centres ont une tarification entre 1000 et 2000 F CFA. Il est situé à Banconi Layebougou. Son aire est Banconi et Sikoroni notamment Sikoro Sourakabougou. Il a une desserte de 12019habitants. Pour le personnel soignant, nous avons un 1 médecin pour 12019 habitants et une sage femme pour 3004 FAR.

Comme Chérifla, il fournit des soins spécialisés comme l'ORL, la petite chirurgie, etc.

#### **4.3.7. Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSREF)**

Comme son nom l'indique, c'est le seul centre de référence de la commune pour une population de 372 345 habitants alors que l'OMS préconise un centre pour 50 à 150 000 habitants. Il a été construit en 1980 par le gouvernement. Il est situé à Korofina Nord et est contigu à la Mairie de la commune. Son aire de santé est la commune I comme les CSCOM étudiés, il polarise les habitants des communes voisines. Il a une desserte d'un médecin pour 24 823 habitants ; une sage femme pour 15514 FAR.

C'est le seul centre public de la commune où on peut rencontrer des spécialités (ORL, Pédiatrie ; Odonto, Ophtalmologie, Chirurgie, etc.). Il existe au moins un spécialiste dans tous ces domaines. Nous avons regroupé les données enregistrées dans ces différentes spécialités sous le nom de soins curatifs. Mais il faut savoir que nous avons enregistré 14 463 patients au niveau de la pédiatrie, 4556 à l'ORL et 4493 à l'Odonto.

### **4.4. L'ACCESSIBILITE DES CENTRES**

L'accessibilité se définit comme la traduction d'une possibilité de recourir aux institutions de santé (PICHERAL, 1984). Elle est fonction du couple distance/temps donc de l'éloignement

de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à parcourir. Joseph et al (1984), affirment également que l'accessibilité de situation relève directement de la proximité physique et peut se mesurer à l'aide d'une unité de longueur. *Ces différentes définitions renvoient à l'accessibilité potentielle qui est un indicateur de santé, mais ne détermine pas à elle seule le recours effectif aux soins. Les dimensions sociale, économique culturelle et psychologique interviennent également (NIANG 1997).* Ces différents aspects de l'accessibilité seront abordés dans la partie recours.

Cependant, comme Arreghini (1989), nous pensons que l'accès aux soins est soumis en premier lieu aux facteurs géographiques. La distance physique et l'organisation socio-spatiale du système peuvent constituer une contrainte ou un avantage séparant ou rapprochant le malade du service de soins auquel il prétend (A. NIANG, 1997). La distance au centre de santé devient, ainsi, un indicateur évocateur de la qualité de la desserte des populations et de leur accessibilité aux Soins de Santé Primaires.

La localisation d'un centre de santé en terme de distance, par rapport aux villages et quartiers est un puissant indicateur de l'offre de soins. Le constat a toujours montré que les centres des villes ont une meilleure accessibilité. Cette remarque a été confirmée en commune I où tous les centres sont situés à proximité d'une route principale. Le seul centre qui a un problème d'accessibilité semble être ASACODJAN, il est situé à moins de 500 m du goudron mais le chemin est difficile d'accès surtout pour les malades à cause des pentes et des ravins.

Tous les quartiers ou secteurs sont à moins de 3 km d'un centre de santé. La commission d'élaboration des règlements des CSCOM a tenu compte de cette situation puisqu'elle a suggéré que le quartier ou le village qui abrite le centre doit être accessible en toute saison, disposer d'un point d'eau, d'un marché et d'une école.

Les seules localités qui sont à une distance  $\geq$  à 5km du centre sont les quartiers des communes limitrophes. En conclusion, nous pouvons dire que l'accessibilité géographique ne se pose pas en commune I. La desserte médicale compte tenu de la présence des privées est suffisante mais il existe une disparité entre quartier. Certains quartiers sont bien desservis notamment les zones résidentiels et les zones de recasement alors que les anciens quartiers souffrent du manque d'infrastructure de spécialité. Quant à la desserte au personnel soignant, elle reflète la même situation que la desserte médicale. Korofina semble avoir une meilleure desserte partout que Banconi à part les pharmacies (13 703 contre 8659).





## **TROISIEME PARTIE :**

### **LA GEOGRAPHIE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO**

La deuxième étape de l'étude du système de soins concerne la mesure de son activité. Elle permet de cerner l'incidence d'une desserte médicale sur le recours aux soins des populations.

*Il s'agit de mettre en corrélation l'espace médical des structures de soins, défini comme leur aire de prestation de soins et l'espace sanitaire des populations qui correspond à leur aire de recours aux soins. Cette comparaison devrait permettre de déterminer les zones de concentration, de polarisation et de marginalisation dans le système de soins. Les statistiques sanitaires recueillies dans les structures de soins peuvent servir à cerner leurs volumes d'activité (NIANG. A 1997). Les indicateurs que nous allons utiliser sont : le taux d'utilisation, les aires de recrutement, la morbidité diagnostiquée, le taux de fréquentation.*

## **CHAPITRE V : LE TAUX D'UTILISATION**

Le taux d'utilisation est le rapport du nombre de consultants sur la population cible de cette structure, exprimé en pourcentage. Il sert à identifier le volume d'activité d'une structure. Pour qu'un système de soins soit considéré comme efficace, son taux d'utilisation ne doit pas être inférieur à la norme d'acceptabilité de l'OMS qui est de 70%. *En effet, de faibles volumes d'activités d'une structure de soins en Afrique en particulier et dans les pays sous développés en général ne sont pas considérés comme le résultat d'une population en bonne santé mais plutôt comme un manque d'efficacité (SALEM, 1998).*

Au cours de l'année 2010, les centres visités ont enregistré 119 366 consultations.

Le tableau suivant montre le taux d'utilisation de tous les centres étudiés.

**Tableau 24: Taux d'utilisation**

	Population cible	Population consultante	Taux d'utilisation (%)
ASACOBAB	88 724	40685	46
ASACODJAN	24 709	2632	11
ASACKO-NORD	27 405	13057	48
ASACOKOSA	16 516	4723	29
CHERIFLA	120 416	17000	14
SAHDIA	12 019	4177	35
CSREF	372 345	37059	10
<b>Total</b>	<b>372 345</b>	<b>119366</b>	<b>28</b>

**Source :** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

Il montre qu'ASACKO-NORD a le taux d'utilisation le plus élevé avec 46% contre à peine 10% pour le CSREF. Cette situation s'explique par le fait que nos populations ne sont pas habituées au système de référence et de contre référence. En cas de maladie grave, les gens préfèrent directement aller à l'hôpital où ils sont sûrs d'avoir un spécialiste au lieu de venir dans les CSREF. Le cas le plus frappant est le cas d'ASACODJAN qui a un taux d'utilisation de 11% alors que c'est un centre de proximité. Le cas d'ASACKO-NORD s'explique par sa position géographique (situé entre Banconi et Fadjiguila), deux quartiers à forte concentration humaine. L'étude des aires de recrutement permettra d'en savoir plus. Pour l'ensemble de la zone d'étude, nous avons un taux de 28% très inférieur par rapport à la norme de l'OMS ; soit une utilisation tous les 5 ans. Il est un peu supérieur à ce qui avait été observé à Banconi en 1990 par DIAKITE et al (22%) mais inférieur à la moyenne nationale 37%. Est-ce dire que la

population de notre zone d'étude est en bonne santé ou utilise-t-elle d'autres soins ou structures ?

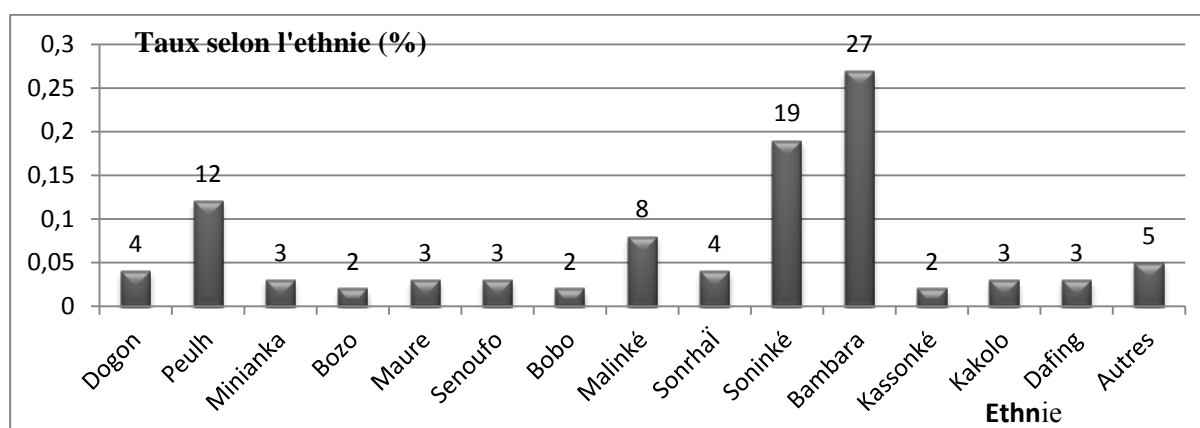
Le centre SAHDIA, malgré son statut de privé a un taux d'utilisation de 35%, ce qui est encourageant pour une structure privée dans un quartier pauvre. Pour le centre Chérifla, nous avons pris comme population cible l'ensemble du quartier de Banconi, c'est-à-dire les 6 secteurs, ce qui fait qu'il a un mauvais taux. Sinon en tenant compte de son lieu d'implantation seulement, (Djanguinebougou), il allait y avoir un taux de 69%. Nous avons décidé ainsi puisque le centre n'a pas d'aire de santé spécifiée par le district sanitaire.

Mais aucun des centres étudiés n'atteignent le taux recommandé par l'OMS (70%). Le fait de n'avoir pas atteindre ce taux n'est pas un manque d'efficacité pour nous mais plutôt une population cible trop importante pour un C SCOM avec un personnel insuffisant. La population préfère se détourner vers d'autres soins où le temps d'attente est supportable. Alors que la loi recommande entre 5000 et 10000, nos structures s'en retrouvent avec plusieurs milliers (88724 pour ASACOBAB) et (120 416 pour Chérifla).

Il faut reconnaître qu'ASACOBAB a fait 40681 consultations, ce qui est énorme pour un CSCOM. Ce qui représente 111 consultations par jour soit 28 patients par médecin et par jour. On ne peut pas faire mieux. Nous croyons que rares sont les structures communautaires qui ont fait autant en 2010. C'est le lieu une fois d'interpeller les autorités pour une offre responsable et de qualité en tenant compte de l'évolution de la population.

### 5.1. Utilisation selon l'ethnie

**Graphique 5: Utilisation selon l'ethnie**



**Source:** Registres de consultations 2010

Le graphique ci-dessus donne la répartition des consultants selon l'ethnie. Il ressort que cette répartition par ethnie représente la configuration de la population des deux quartiers. Les Bambara sont majoritaires et constituent 27% de nos consultants; les Soninké constituent

19% et les peulhs 12%. La situation des Soninké s'explique par le fait qu'ils ont des moyens, ils vivent dans des grandes familles où les maladies de promiscuité peuvent toucher plusieurs personnes à la fois. Il faut savoir que cette ethnie est fidèle au personnel soignant. Ils font souvent des kilomètres pour venir se consulter chez leur médecin et donnent souvent son adresse à tous les autres parents.

### **Selon un jeune médecin de Banconi Plateau**

#### **Encadré 3 :**

Les Soninké sont mes plus fidèles clients. Ils sont prêts à déboursier de gros moyens pour se faire soigner et ils font souvent plus de 10 km pour venir me voir puisqu'ils me font confiance. J'ai un client qui vient de Kalaban-coro (15km de Bamako) et toute sa famille vient se faire consulter chez moi.

J'ai eu tous ses clients à cause d'un vieil homme qui venait se faire consulter chez moi depuis que j'étais étudiant. Souvent, il m'arrive même de recevoir des patients qui viennent des villages.

Quant aux peulhs, ils sont nombreux dans la commune. Ces trois ethnies sont suivies par les Malinké avec 8%, les Dogon, Sonrhaï avec 4%. Les autres ethnies sont entre 2 et 3%. Toutes les ethnies viennent se faire consulter. Paraît-il que les Senoufo et les Minianka préfèrent la médecine traditionnelle, nous n'avons pas de preuve pour l'étayer mais ils constituent quand même une communauté importante en Commune I. Les autres 5% sont principalement des étrangers dont 15% sont des Sénégalais qui évoluent principalement dans l'artisanat. Les plus grandes communautés sont les Burkinabé (30%), les Ivoiriens (26%), les Togolais (11%) etc.

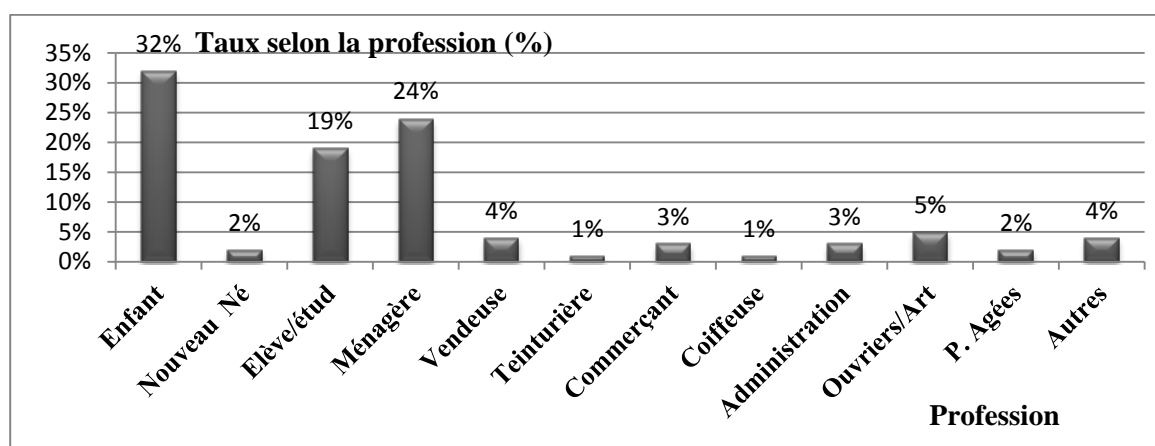
### **5.2. Utilisation des centres selon la profession**

Nous avons effectué une distribution des consultants par catégorie professionnelle pour voir si cela a une incidence sur l'utilisation du recours. Cette classification a été effectuée en fonction de la rubrique profession que l'on retrouve dans les registres de consultation. Il ressort que les enfants sont les plus grands utilisateurs de nos structures avec 32% ; suivis des ménagères avec 24%. Cette situation confirme ce qui avait été observée dans la distribution par tranche d'âge et par sexe ; à savoir que les femmes et les enfants sont les principaux utilisateurs des CSCOM et du CSREF. Les ménagères et les enfants constituent plus de 60% des consultants. Les élèves et étudiants constituent 19%. Il faut savoir que 2% sont des nouveaux nés c'est-à-dire entre 0 et 1 mois, ce qui paraît trop (2694 patients). Cette situation

pourrait s'expliquer par le fait que les femmes n'appliquent pas bien les consignes issues lors des CPN ou un manque d'hygiène. Les commerçants constituent 7%, vendeuses comprises. Généralement, certains prescripteurs mettent devant le nom de la femme vendeuse et celui de l'homme commerçant. Le cas des ouvriers se comprend puisque nous sommes dans une zone où la majorité des adultes sont analphabètes et sont par conséquent ouvriers ou artisans. Les autres regroupent surtout le secteur primaire (agriculteur, éleveur, etc.), ils ne sont pas nombreux dans la commune avec l'interdiction de l'agriculture dans la ville. Quant au personnel de l'administration, ils sont surtout nombreux à Korofina. Ils ont surtout été recensés au CSREF. Les personnes âgées constituent 2%. Elles souffrent généralement de maladies chroniques. Le secteur informel occupe près de 80% de la population totale. Les ouvriers compte tenue de leur occupation ne fréquentent pas bien les centres ; mais en revanche leur famille à savoir les femmes et les enfants y fréquentent.

On pourrait dire en conclusion que toutes les catégories professionnelles qu'on rencontre dans la commune y fréquentent mais à des degrés divers. Les centres sont utilisés en cas de besoin. La profession peut influencer le type de recours dans la mesure où beaucoup de gens travaillant dans l'administration ont été observés au CSREF. Ceux-ci préfèrent donc les soins secondaires ou peut être les soins privés. Quant aux CSCOM, ils sont surtout fréquentés par ceux qui n'ont pas d'activité fixe rémunérée à savoir les femmes et les enfants et ceux qui n'ont pas assez de moyens.

**Graphique 6: Utilisation des centres selon la profession**



**Source:** Registres de consultations 2010

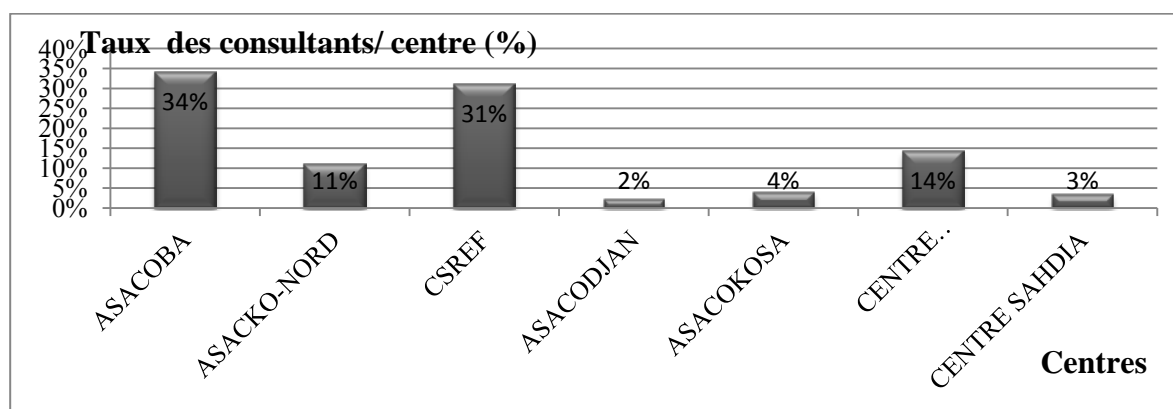
### 5.3. LES AIRES DE RECRUTEMENT

PHICHERAL .H (2001) définit l'aire de recrutement ou bassin sanitaire d'une structure de soins comme son aire effective d'exercice. Elle correspond à l'espace polarisé par chaque

service de santé. La cartographie des aires de recrutement des structures de soins permet de mesurer leur capacité de polarisation. Différentes études ont montré que la localisation des structures de soins a souvent une influence sur leur capacité de polarisation (moyens de communication, enclavement ...) (NIANG, 1997).

La répartition des consultants par structure donne la nette domination d'ASACOBAB et du CSREF. Ces deux centres totalisent 65% des consultants de notre zone d'étude. Les centres secondaires sont Chérifla et ASACKO-NORD. Les autres ont un petit nombre de consultants (graphique ci-après). Ceci s'explique par le fait que ce sont les deux principaux centres de la localité mais aussi les plus anciens. Le cas de Cherifla et d'ASACKO-NORD pourrait être dû à leur position géographique. En effet, tous les deux centres sont situés près une zone à forte concentration humaine (Banconi Zékénékorobougou et Fadjiguila pour ASACKO-NORD et Djanguinebougou et Dialakorodji pour Cherifla).

**Graphique 7: Distribution des consultants par centre**

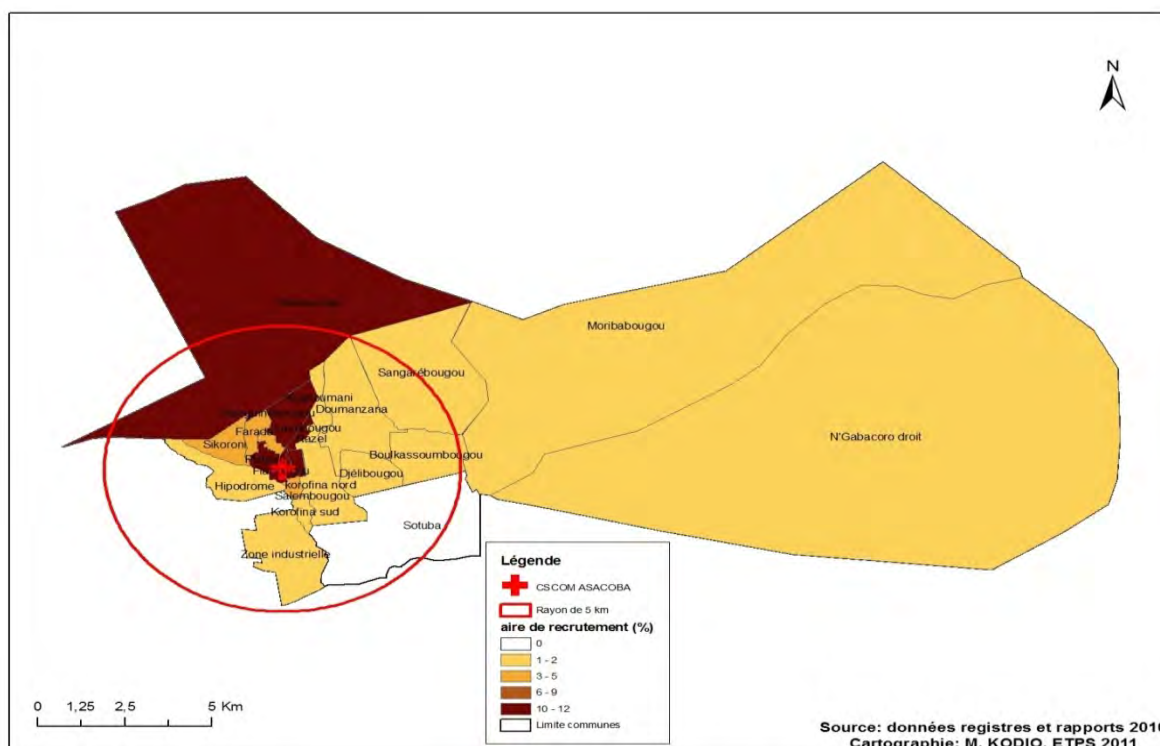


**Source :** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

Les espaces sanitaires créés par les populations sont parfois très différents des espaces médicaux théoriques définis dans les plans de gestion des structures de santé. Ces dimensions varient en fonction des structures de santé. D'autres faits comme l'appartenance religieuse ou le coût des soins peuvent expliquer l'affluence des patients.

### 5.3.1. CSCOM de Banconi (ASACOBAB)

#### Carte 8: Aire de recrutement du CSCOM de Banconi (ASACOBAB)



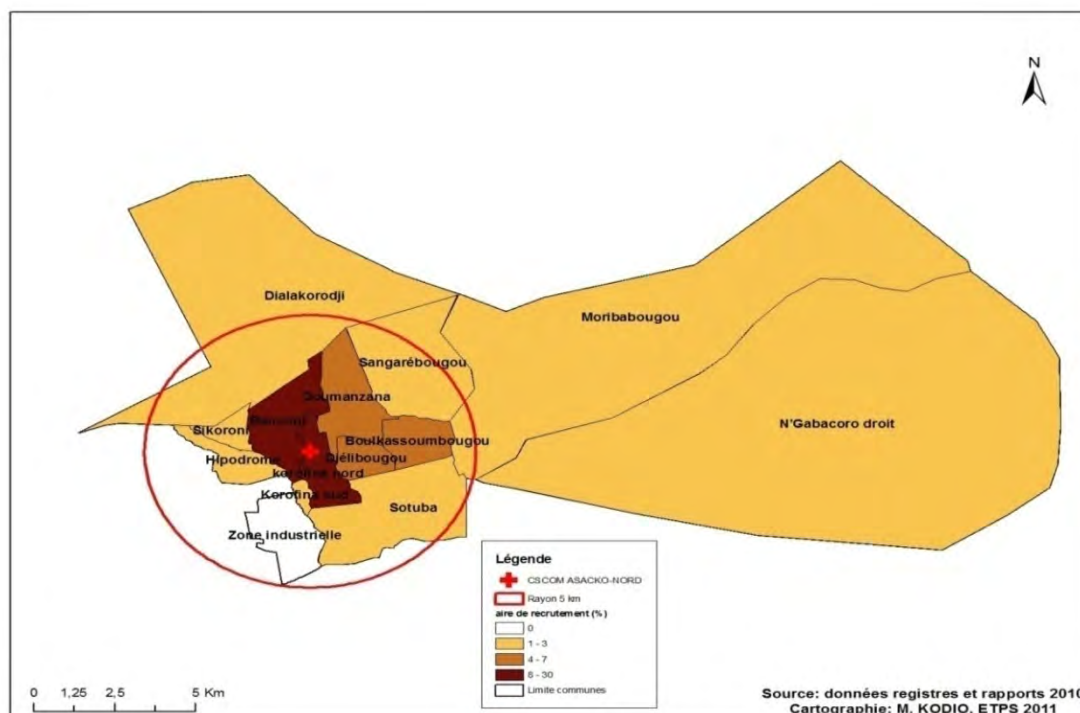
L'aire théorique de ce centre couvre une partie du quartier. De nos jours, compte tenu de son affluence, ASACOB polarise l'ensemble des secteurs de Banconi mais également l'ensemble des quartiers de la commune et ceux des communes voisines. Il faut savoir que sur les 40 681 consultations curatives d'ASACOB en 2010, 14 226 ne proviennent pas de l'aire de santé soit 35% de la population totale consultante. Cette situation prouve qu'ASACOB reste un centre très fréquenté par les autres quartiers et communes limitrophes. La carte ci-dessus montre la part de chaque localité dans la consultation au niveau du centre. Le cas de la Commune rurale de Dialakorodji située à moins de 5 km est impressionnant. En effet, elle constitue à elle seule ; 13% de la consultation du centre soit plus que tous les secteurs du quartier avec 5339 consultants. Quant aux autres quartiers de la commune, ils polarisent 11% de la consultation avec 4 382 consultants. Les communes de Sangarébougou et N'gabacoro droit qui sont situées à plus de 5 km ont 3% de la consultation avec 1 165 consultants. La commune II a 1 103 consultants soit 3%. Il faut savoir que la Zone industrielle a 404 sur l'ensemble de la commune II. Les autres consultants constituent 5% avec 2237 consultants ; ce sont comme l'a dit A. Meunier ceux qui viennent de loin et ne dépassant pas 5 consultants par quartier. Ce sont, selon elle des consultants occasionnels. En ce qui concerne les secteurs du quartier, Flabougou a 5077 consultations contre 5044 pour Zékénékorobougou y compris Razel. Plateau et Djanguinéougou ont respectivement 4491 et 4630 contre 3263 pour



Layebougou et 2005 pour Salembougou. Le centre est apprécié à travers la qualité des services qu'il rend.

### 5.3.2. CSCOM de Korofina Nord (ASACKO-NORD)

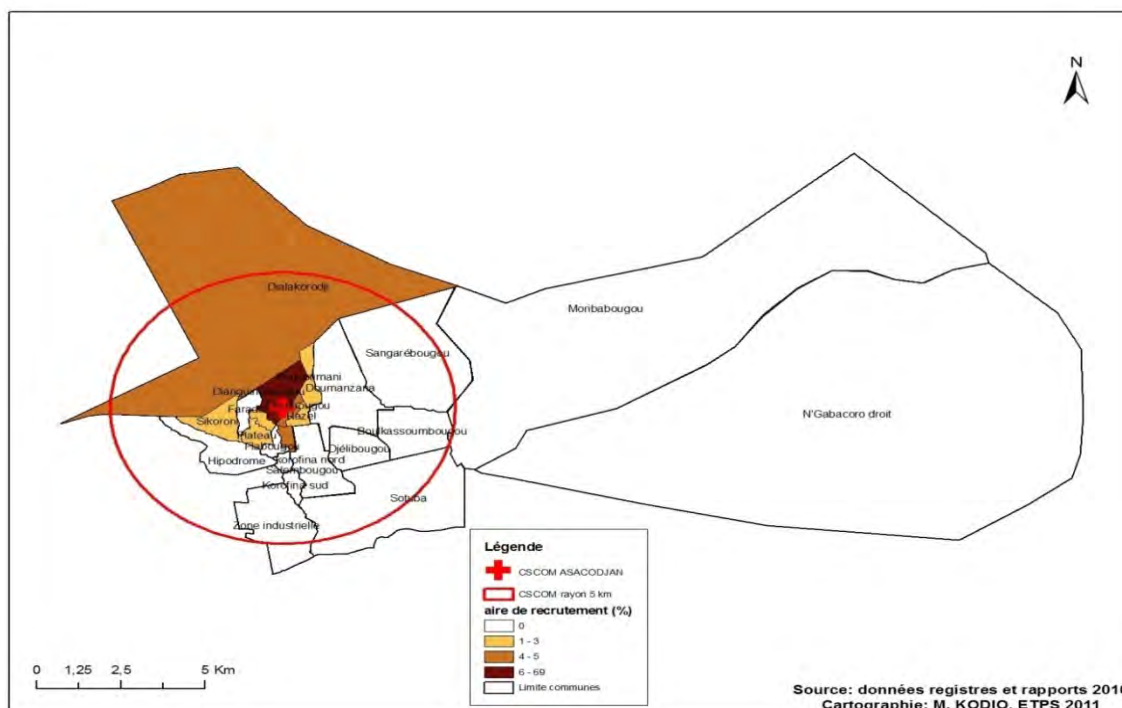
**Carte 9: Aire de recrutement du CSCOM de Korofina Nord (ASACKO-NORD)**



L'aire théorique de ce centre couvre l'ensemble du quartier de Korofina Nord. Comme ASACOB, compte tenu de sa position géographique (proche des quartiers de Banconi, Fadjiguila, Djelibougou, et du marché). Il polarise l'ensemble des quartiers de la commune et des communes voisines. Sur les 13 057 consultants de 2010, seulement 3475 soit 27% proviennent de l'aire de santé. Le quartier de Banconi, notamment Razel et Zékénékorobougou a 4 012 consultants soit 31% de la consultation totale. Les communes limitrophes ont 1080 consultants soit 8% du total. Quant aux autres quartiers de la commune, ils ont 3 897 consultants soit 30%, un peu moins que Banconi. Mais cette situation cache des inégalités à savoir que sur les 30 % des autres quartiers, Fadjiguila 994 soit 26% de ce total ; Djelibougou a 23% (908) ; Doumanzana 24% (933) et Boukassoumbougou 18% (697) (voir carte ci-dessous). Mais il faut savoir que Korofina- Sud, situé à quelques carrés n'a que 149 consultants soit 1%. Cette situation mérite une réflexion que nous tenterons d'apporter lors des prochaines études. Elle ne peut pas être expliquée par la seule présence des rails et de la RN 27. Les autres constituent 5% avec 593. Il s'agit des autres quartiers de Bamako.

### 5.3.3. CSCOM de Djanguinébourgou (ASACODJAN)

**Carte 10: Aire de recrutement du CSCOM de Djanguinébourgou (ASACODJAN)**



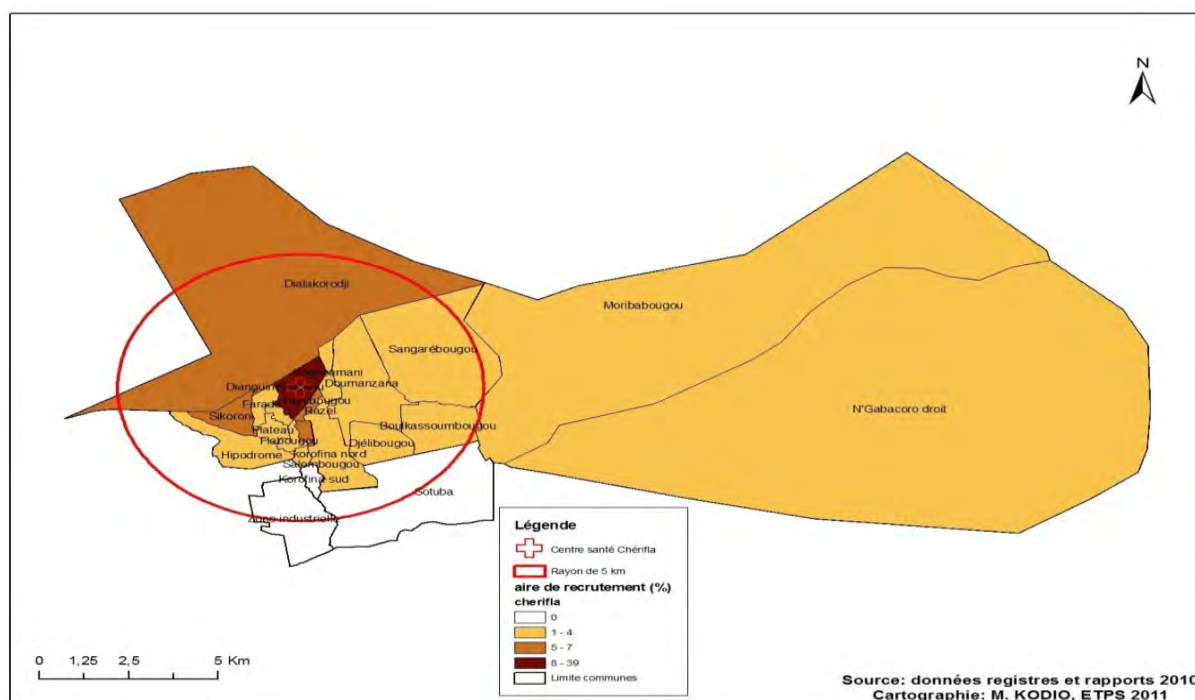
Pour ASACODJAN, l'objectif de sa création était de fournir des soins à tout le secteur. Mais force est de constater que ce centre est sous fréquenté. Lors de notre enquête, nous avons voulu comprendre les raisons. La raison invoquée par l'ASACO est l'accessibilité qui est difficile ; il est le seul centre d'accès difficile. Mais quand nous avons interrogé les populations, elles nous ont indiqué que le centre est monopolisé par une minorité qui refuse de partager la gestion. L'histoire est née de la première ASACO avec qui il y avait eu une mauvaise gestion et la population n'a eu d'autre solution que de se retourner vers ASACOBA et maintenant vers Chérifla. D'autres aussi ont invoqué le manque de personnel qualifié et de matériel adéquat pour justifier leur refus d'aller se faire consulter à ASACODJAN. Pour ceux-ci, on ne peut se faire soigner dans un centre où on change de personnel chaque fois. Le centre a le plus faible taux d'utilisation de notre zone d'étude, à peu près 11%. Le centre n'a fait que 2 632 consultations en 2010. Il ne polarise qu'une partie de Djanguinébougué et la zone de Noumoribougou (Zékénékorobougou). Sur l'ensemble des consultants de l'année, 1 813 soit 69% sont venus de Djanguinébougué ; Dialakorodji -Kognoumany a 8% (214) ; les autres secteurs du quartier ont 404 soit 15% ; seul le quartier de Fadjiguila a 87 pour le reste de la commune. Les autres représentent 114 soit 4%. Il s'agit notamment des quartiers de la commune II (Quinzambougou ; Hippodrome et les consultants occasionnels).

Les femmes utilisent le centre seulement les jeudis lors du PEV. Si vous vous rendez au centre le jeudi, vous aurez du mal à comprendre l'attitude de la population qui adhère à la

vaccination mais n'adhère pas aux autres soins. L'explication que nous avons trouvé est que le centre est proche. La vaccination ne demande pas une qualification alors que les autres soins dépendent de plusieurs paramètres dont la qualité. Ce mot en Bambara n'est apprécié que dans une phrase et est généralement employé au sens positif c'est-à-dire ce qui est bien ou bon.

### 5.3.4. Centre **CHERIFLA**

**Carte 11: Aire de recrutement du Centre **CHERIFLA****

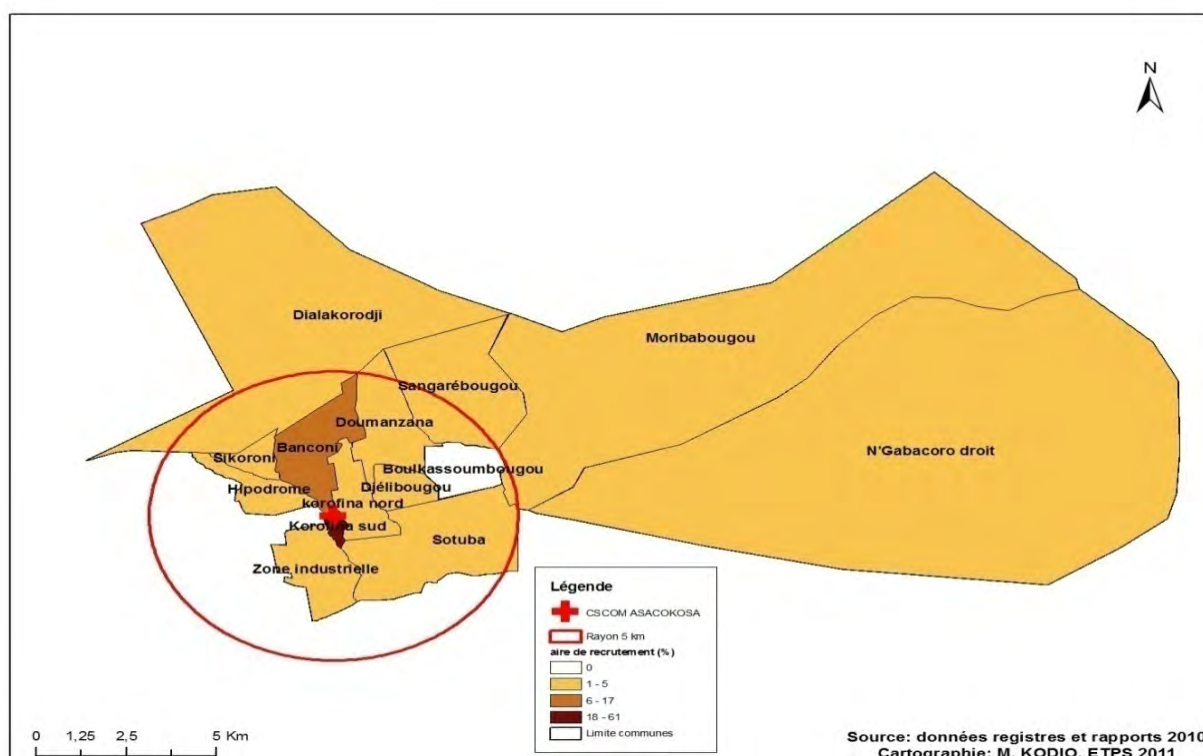


Au cours de l'année 2010, le centre a effectué 17 000 consultations curatives. Le secteur de Djanguinebourgou a fait 6593 consultations soit 39%. Ce qui signifie que la population de Djanguinebourgou adhère à ce centre contrairement à leur CSCOM. Les autres secteurs du quartier ont fait 3654 soit 21% ; Layebougou a 36% de cet effectif contre 30% pour Zékénékorobougou. Quant aux autres quartiers de la commune, ils ont 2097 consultants soit 12% ; Sikoroni a 38% de cet effectif notamment le secteur de Sourakabougou. Les autres communes limitrophes ont 2552 consultants soit 15% avec plus de 78% pour la seule commune de Dialakorodji. Nous avons dit au préalable que ce centre est l'œuvre d'une association religieuse, de ce fait de nombreux membres des autres quartiers de Bamako viennent se faire consulter dans leur structure. Ils constituent 5% des consultants. Les autres consultants sont ceux des membres qui viennent des régions et de l'extérieur notamment pendant le Maouloud [Naissance du prophète (PSL) moment de rassemblement de tous les membres autour du guide pendant 1 s emaine]. Les fidèles viennent de tous les pays

limitrophes notamment le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire mais également de l'Afrique Centrale et du reste du monde. Ce rassemblement est l'équivalent du Magal au Sénégal. Pendant l'évènement beaucoup viennent se faire consulter mais il faut également savoir que d'autres viennent pendant le pèlerinage puisque l'association a son agence de voyage. Ces consultants font 7% de la consultation totale.

### 5.3.5. CSCOM de Korofina Sud – Salembougou (ASACOKOSA)

**Carte 12: Aire de recrutement du CSCOM de Korofina Sud (ASACOKOSA)**

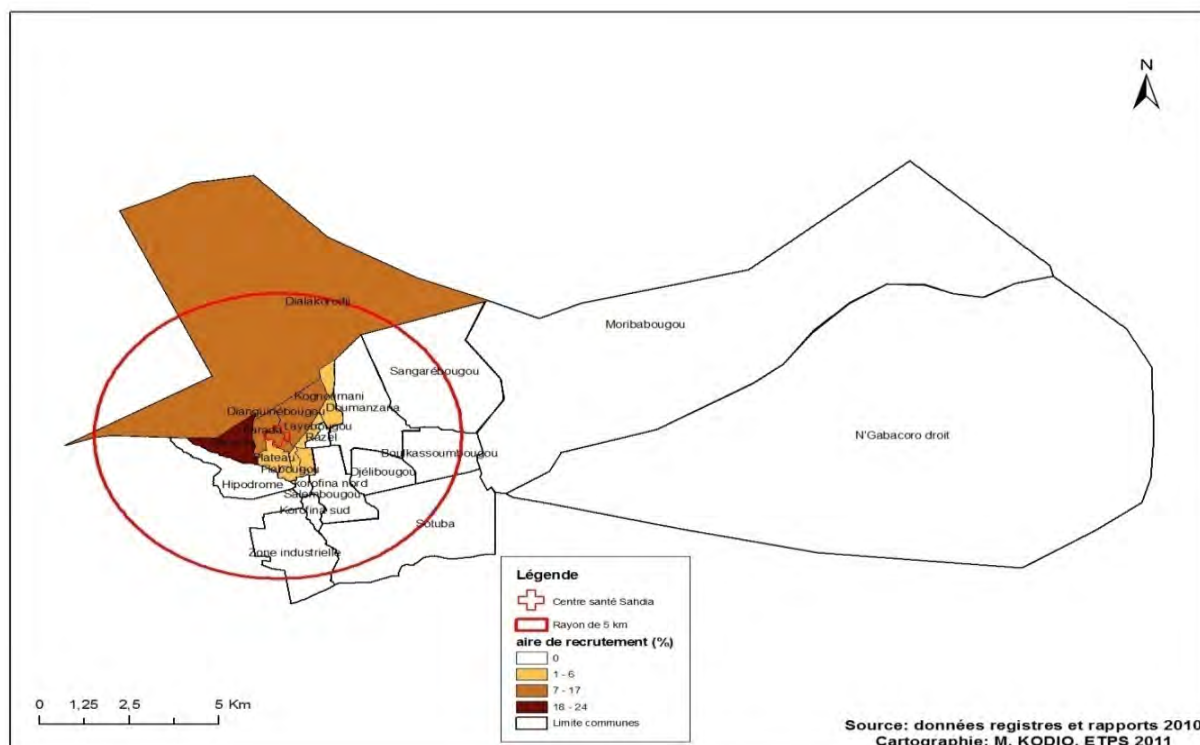


Créé pour pallier aux problèmes d'accessibilité de cette zone de la commune. Il est séparé des autres parties de la commune par le rail et la RN 27. De nos jours, il polarise les quartiers qui sont situés derrière les rails (de Zone Industrielle, une partie de Sotuba, Bougouba, etc.).

En 2010, le centre a fait 4 723 consultations. Les quartiers de l'aire ont fait 3665 soit 78% (61% pour Korofina Sud et 17% pour Banconi). Ce qui dénote une bonne adhésion des populations de l'aire à leur CSCOM. Quant aux autres quartiers de la commune, ils ont 349 soit 7% des consultants. Mais comme évoquer précédemment, Korofina Nord aussi n'a fait 58 consultations soit 1% du total alors qu'il est aussi situé à moins 1 km. Pour les autres communes limitrophes, elles sont de 458 soit 10% avec 51% de ce total pour la Zone Industrielle. Les autres consultants font 5%. Il s'agit notamment des autres quartiers de la commune II (Quinzambougou, Bougouba, Médina-Coura, Bakaribougou, etc.).

### 5.3.6. Centre SAHDIA

**Carte 13: Aire de recrutement du Centre SAHDIA**

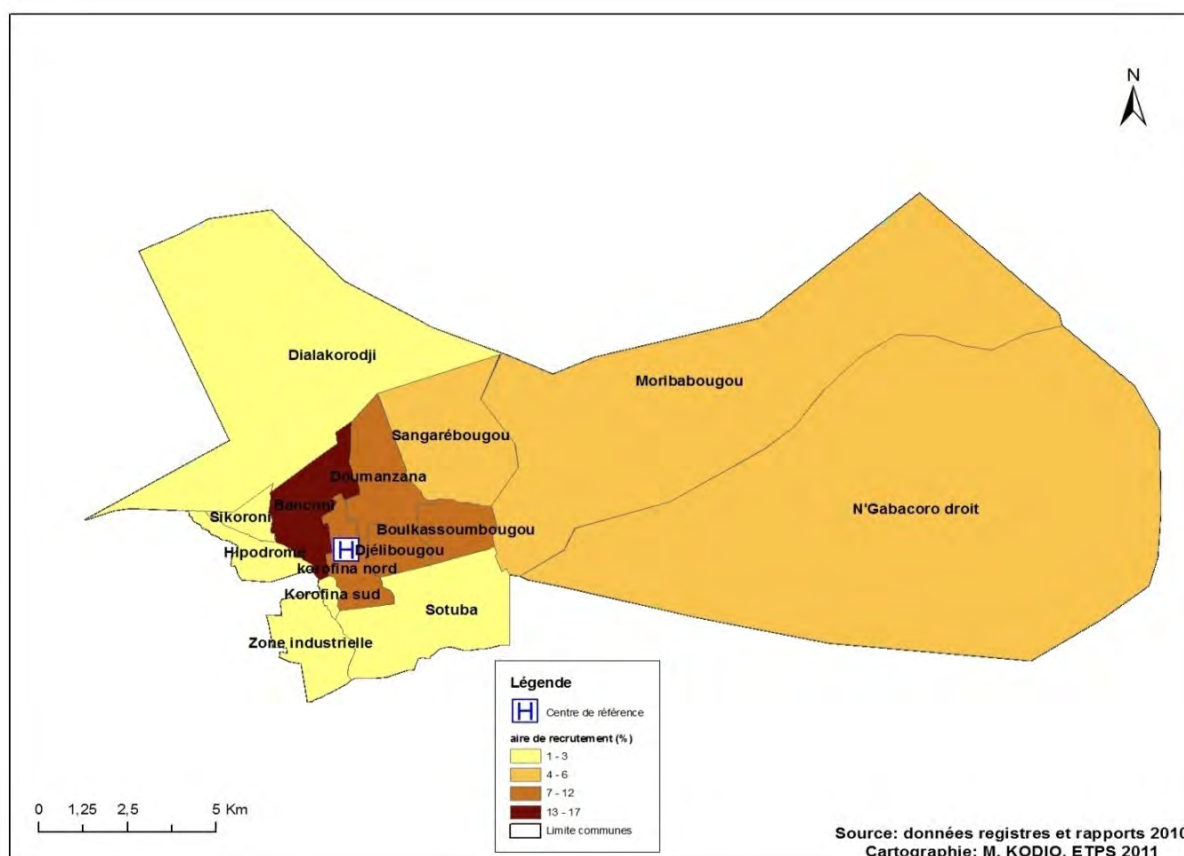


En 2010, ce centre a fait 4 177 consultations. Le secteur de Layebougou y compris Farada a fait 1304 consultations soit 32% du total. Les autres secteurs de Banconi ont fait 1069 consultations soit 25% avec 57% pour Djanguinébourg et 25% pour Plateau. Les autres quartiers de la commune ont fait 1027 consultations soit 25% avec 95% pour Sikoroni (972) avec plus de 85% pour Sourakabougou. Quant aux communes limitrophes, elles ont 645 consultants soit 15% avec 87% pour Dialakorodji. Les autres consultants font 3%. Il arrive à polariser les secteurs de Sourakabougou, une partie de Plateau et de Djanguinebourg mais également une bonne partie de Dialakorodji.

### 5.3.7. Centre de Référence de la Commune (CSREF)

**Carte 14: Aire de recrutement CSREF**





En 2010, le CSréf a fait 37 097 consultations sur lesquelles nous avons étudié 34 757 soit 94%. Les registres qui contenaient les 6% restant étaient toujours en exploitation.

Les quartiers de la commune I ont fait 26 216 consultations soit 75% de la consultation. Il y a une forte variation inter quartier dans cet ensemble. Le quartier de Banconi y compris Razel a fait 5958 soit 28% du total communal ; Boulkassoumbougou a 4230 soit 16% ; Djélibougou 4116 soit 16% ; Doumanzana 4200 soit 16% ; Korofina –Nord 3523 soit 13% ; Korofina – sud 585 soit 2% ; Sikoroni 730 soit 3% ; Sotuba 657 soit 3% et Fadjiguila 2172 soit 8%. Cette situation conforte le fait que Banconi est le premier utilisateur des centres de santé de la commune. Les communes limitrophes sont à 5971 consultations soit 18% avec 28% pour Dialakorodji ; 32% pour N’gabakoro droit-Moribabougou ; 31% pour Sangarebougou et 15% pour la commune II. Quant aux autres consultants, ils représentent 2589 soit 7%. Ils viennent des quartiers de la commune II ; de la région de Koulikoro (Tienfala, Sallah ; et les autres quartiers du district de Bamako).

Le constat montre que toutes les structures polarisent presque tous les quartiers de la commune et ceux des communes limitrophes. Le quartier de Banconi a le plus grand nombre de consultants dans tous les centres. La proximité joue sur la fréquentation des communes et

quartiers limitrophes. Mais le principal constat est que ASACOBAB a fait plus de consultation que le centre de référence soit 40 681 contre 37 097 soit un écart de 3 584. Cet écart peu être réduit puisque nous avons remarqué dans tous les centres qu'il y avait une différence entre le nombre de consultants dans le rapport de morbidité et les registres. Souvent l'écart pouvait atteindre 15 à 20% du total. Une fois encore nous déplorons la méthode de remplissage de ces rapports. Nous pensons que la desserte en infrastructure doit se poursuivre pour que la population puisse avoir un accès aux soins à moindre coût et à un temps record.

#### **5.4. LA MORBIDITE DIAGNOSTIQUEE DANS LES CENTRES**

La morbidité qui signifie la fréquence des maladies est définie comme le nombre de malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé. C'est un concept désormais étendu aux notions de déficience, d'handicap, d'incapacité, etc. C'est ainsi que l'OMS a adjoint à la classification internationale des maladies une classification des handicaps. Le taux de morbidité est le pourcentage des individus malades dans une population, dans un temps donné, d'une maladie particulière ou de l'ensemble des maladies.

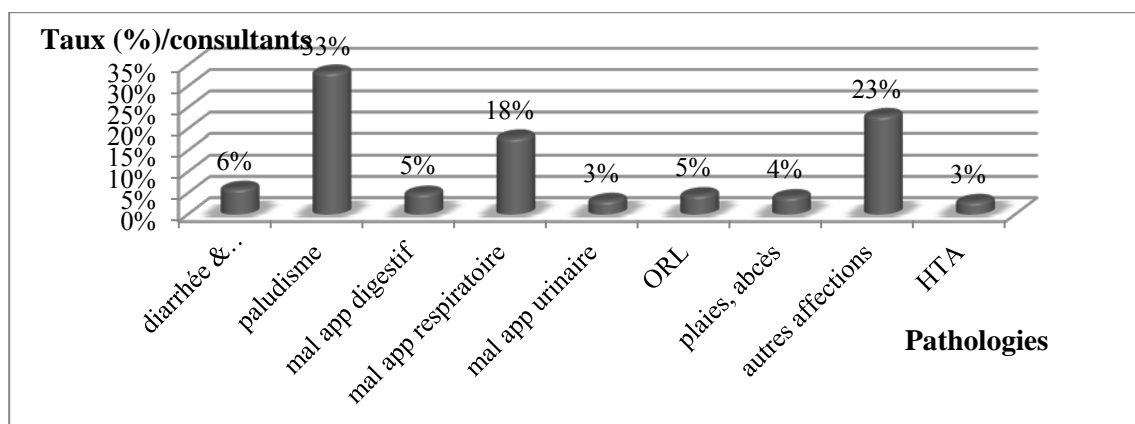
La morbidité diagnostiquée est l'ensemble des maladies observées dans les structures de soins.

Nous avons classé la morbidité en neuf (9) classes d'affection :

- 1- Diarrhées et dysenterie ;
- 2- Paludisme et fièvre ;
- 3- Maladies de l'appareil digestif ;
- 4- Maladies de l'appareil respiratoire ;
- 5- Maladies de l'appareil urinaire ;
- 6- Sphère ORL ;
- 7- Plaies, Abscess ;
- 8- Affections non classées.
- 9- HTA

Les résultats concernant la répartition des 119366 patients déclarés sont classés dans le graphique ci après.

#### **Graphique 8: Les différentes pathologies diagnostiquées**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

Il ressort du graphique que le paludisme reste le premier motif de consultation avec 33%, suivi des autres affections non classées (23%). Les maladies respiratoires constituent 18% des motifs de consultation. Quant aux maladies diarrhéiques, elles représentent 6%. En bref, les quatre premiers motifs de consultation constituent 83% du total. Les maladies digestives, urinaires, les ORL et les plaies et abcès, quant elles constituent (17%).

Le paludisme reste une maladie endémique dans le district de Bamako. Il est le premier motif de consultation dans certains centres en toute saison. Quant aux autres affections, elles sont constituées essentiellement des maladies émergentes et chroniques (Diabète, hémorroïde, et les maladies génitales, etc.) qui ne sont pas pris en compte dans le tableau de la morbidité élaborée par les planificateurs. Le cas de l'HTA est dramatique, en effet, tous les centres en comptent des centaines de cas surtout chez les personnes âgées et les femmes de ménage. Ces maladies qu'on disait maladie des riches font des ravages dans nos sociétés à cause du stress, de l'obésité, de nos nouvelles habitudes alimentaires et la faible pratique d'activités physiques. En 2010, 3136 cas d'HTA ont été diagnostiqués dans notre zone d'étude soit 3% du total dont 1664 (53%) cas pour le CSRF.

Il faut reconnaître que certains centres pour leur faciliter le remplissage des rapports mettent directement « autres » alors que la maladie en question existe dans le tableau. C'est une fois encore le lieu de déplorer le mode de remplissage des rapports de morbidité et de mortalité. Beaucoup de centres ne mettent pas le nombre de décès enregistré dans leur centre ainsi que les maladies dites de honte (rougeole, SIDA, tuberculose) alors qu'il serait intéressant d'en connaître l'incidence de ces maladies sur la population. Nous avons enregistré 354 patients dans le registre des tuberculeux au CSRF. Ce qui est une source d'inquiétude dans la mesure où cette maladie se transmet vite. Elle était considérée comme une maladie en voie de disparition. Des mesures supplémentaires doivent être prises pour contenir cette pathologie d'autant plus que de nombreux tuberculeux vivent avec le VIH. Une fois encore, nous



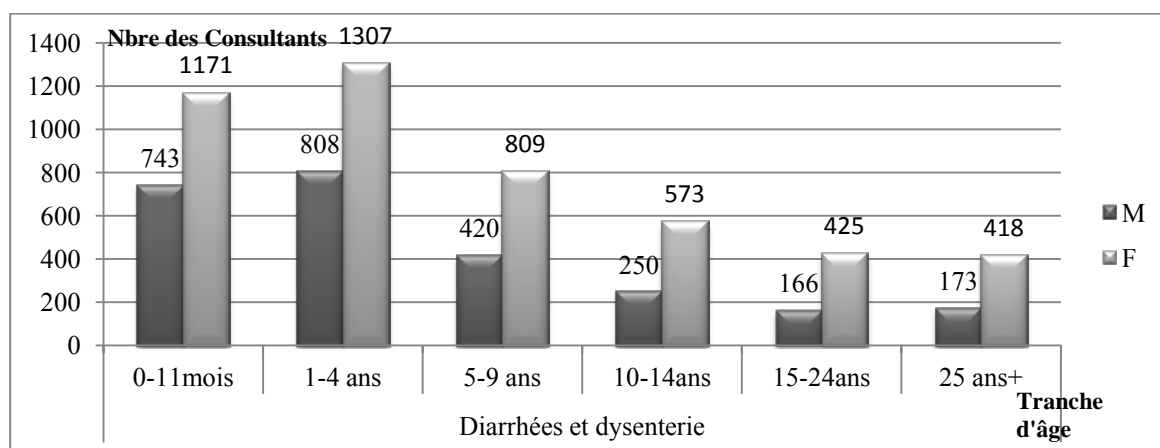
remercions le centre Chérifla et ASACOBAB qui ont presque bien remplis leurs rapports trimestriels par rapport aux autres centres. Pour Chérifla, toutes les maladies que nous rencontrons dans la zone y figurent.

Les maladies dominantes sont dues aux conditions climatiques (située dans la zone soudano-sahélienne avec des variations de température et d'humidité). Quant aux maladies liées à l'eau, elles sont le résultat d'un manque total d'hygiène que nous rencontrons dans la commune I en général et dans le quartier de Banconi en particulier. Les déchets et les eaux usées ne gênent plus personne. Les gens ont atteint un niveau de résilience incroyable face à ces problèmes d'hygiène. Tout le monde attend les autorités qui n'ont pas assez de moyens. Certains ménages ne se gênent pas à déverser les eaux usées devant leur porte ou dans les carrés. Les gens creusent rarement des puits. Pour ne pas perdre leur électorat, les autorités communales ne prennent aucune sanction pour ces personnes.

Les recherches ont toujours montré que l'assainissement est le meilleur moyen de lutter contre les maladies liées à l'hygiène et à l'eau. Il suffit que chacun fasse un petit effort pour permettre une amélioration de la situation et faire des économies.

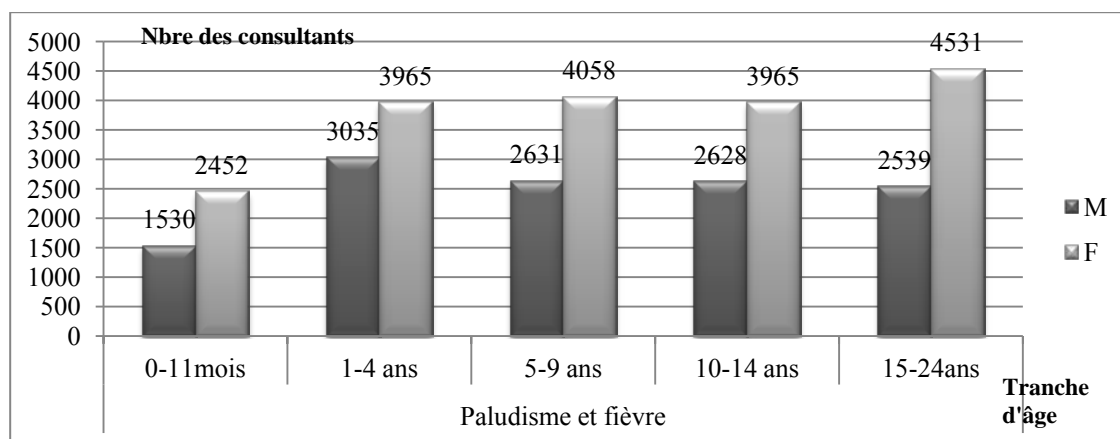
Ce graphique cache des disparités dans les motifs de consultation dans chaque centre de santé. Nous avons effectué une répartition des motifs de consultation par tranche d'âge et par sexe (voir graphiques ci-dessous).

**Graphique 9: Distribution de la diarrhée et de la dysenterie par tranche d'âge**



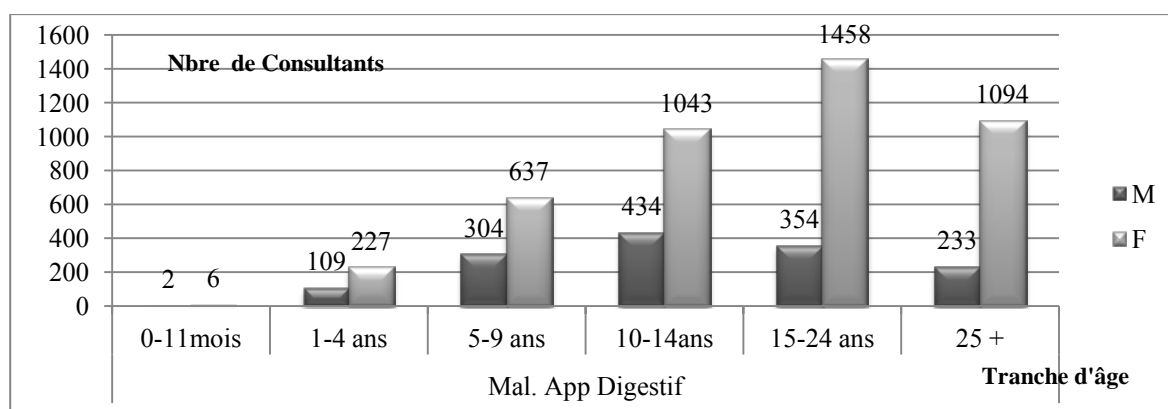
**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 10: Distribution du paludisme et de la fièvre par tranche d'âge**



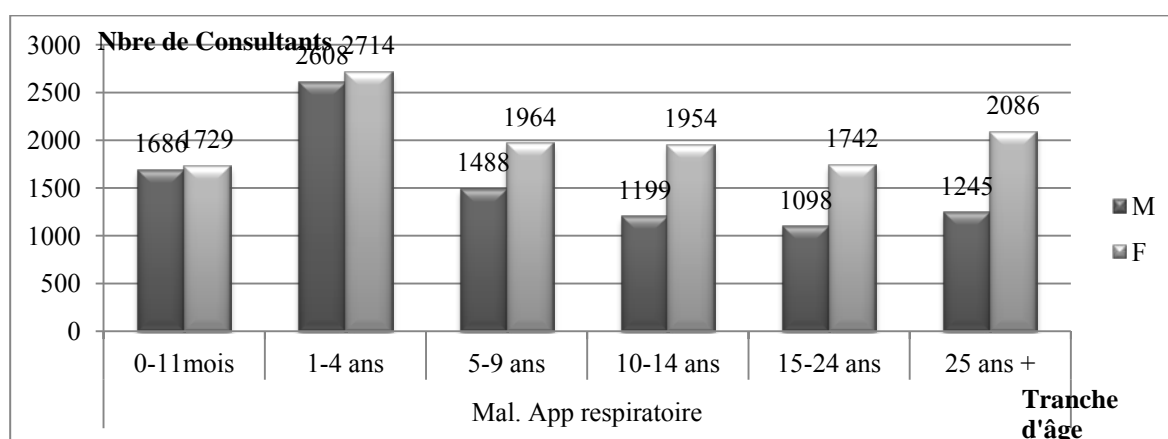
**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 11: Distribution des maladies de l'appareil digestif par tranche d'âge**



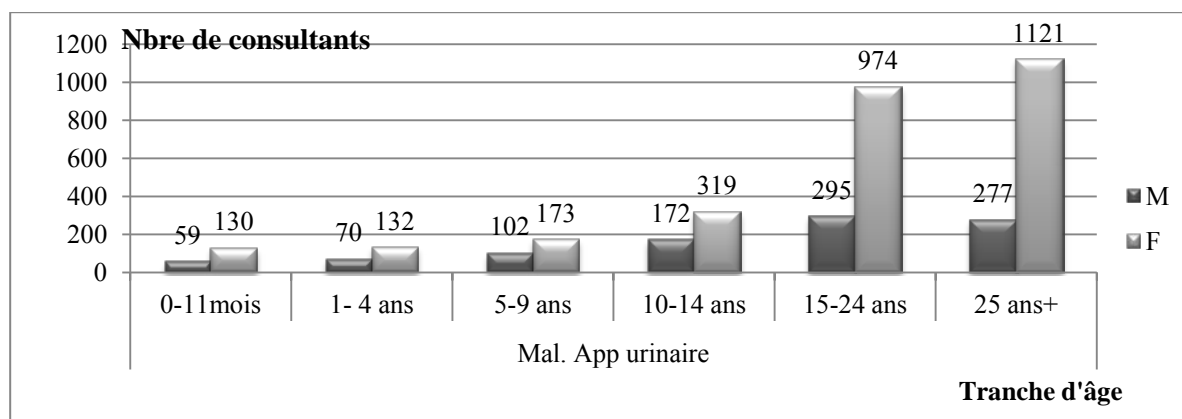
**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 12: Distribution des maladies de l'appareil respiratoire par tranche d'âge**



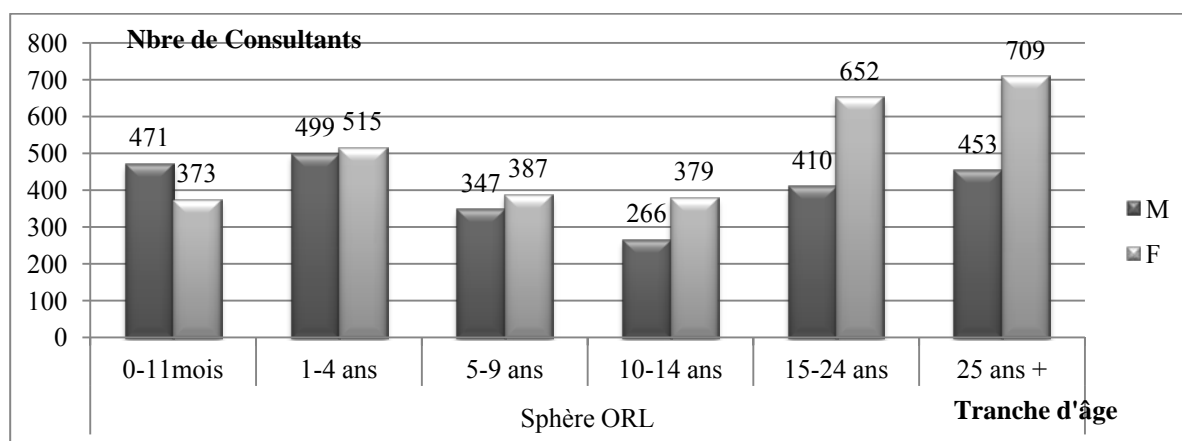
**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 13: Distribution des maladies de l'appareil urinaire par tranche d'âge**



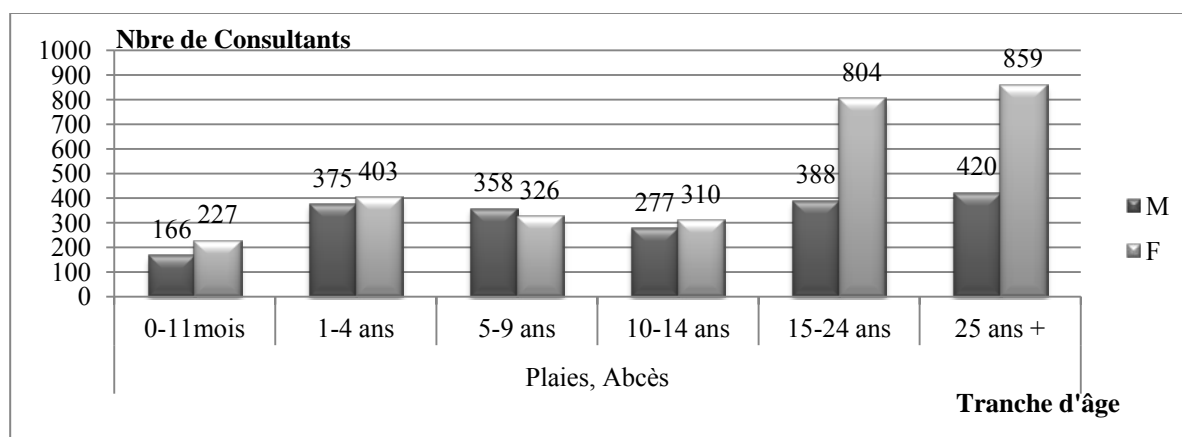
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 14: Distribution de la sphère par tranche d'âge**



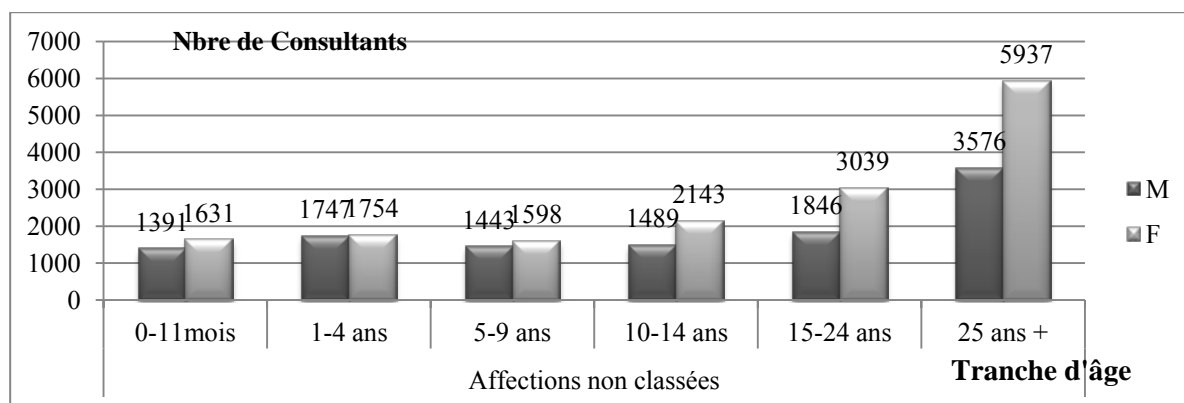
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 15: Distribution des plaies, abcès par tranche d'âge**



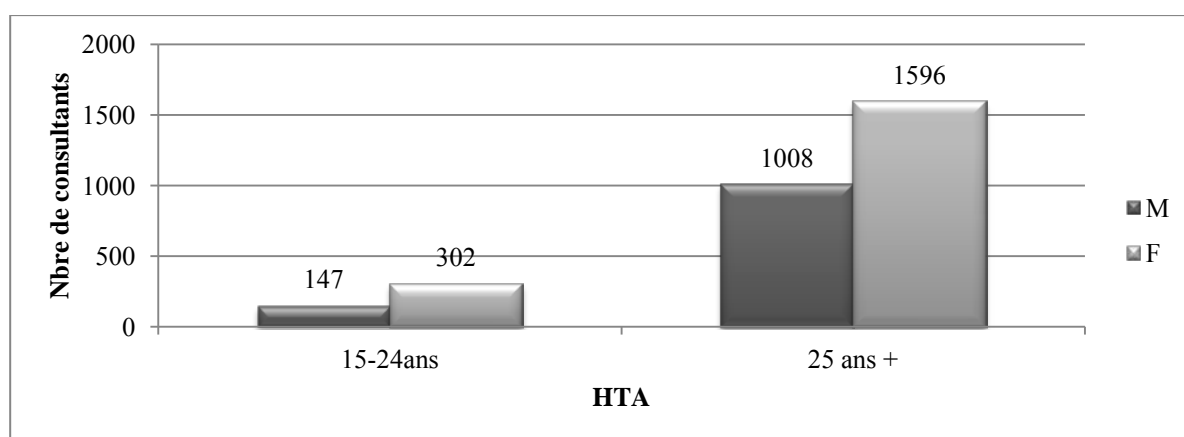
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 16: Distribution des autres affections par tranche d'âge**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 17 : Distribution d'HTA par tranche d'âge**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

Certaines maladies touchent principalement les enfants (diarrhées, les maladies respiratoires et dans une moindre mesure le paludisme et les ORL). Nous remarquons que les enfants de moins 1 an qui étaient autrefois touchés gravement par le paludisme en sont moins maintenant avec les nouvelles politiques de prévention. Quant aux enfants de 1- 4 ans et les FAR, le paludisme reste toujours un défi que la politique nationale de lutte contre le paludisme doit relever.

Il faut faire comprendre aux parents que les enfants doivent toujours dormir sous moustiquaire même s'ils ne sont pas en allaitement. Nous avons remarqué qu'une fois l'enfant sevré, les parents les laisse dormir sans protection et s'occupent toujours du nouvel enfant. Le HTA touche plus les femmes que les hommes soit 61% contre 39%. Les plus de 25 ans et+ sont les plus touchés avec 83%.

Nous avons effectué une distribution des trois principaux motifs de consultation par centre (tableau 25)

## 5.5. REPARTITION DES TROIS PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION PAR CENTRE

Dans la répartition des trois principaux motifs de consultation, il ressort du tableau que le paludisme fait partie des premiers motifs de consultation dans tous les centres. Il est suivi des autres affections qui le sont dans 4 des 7 centres. Seul ASACOBBA ne l'a pas comme principal motif. Le troisième motif est les maladies respiratoires exceptés le CSREF, ASACOKOSA et au centre SAHDIA où nous avons les plaies et abcès. Mais les maladies respiratoires sont représentées dans 5 centres sur 7.

Il faut savoir qu'à ASACOBBA, les plaies sont directement prises en charge par le service des soins ; c'est seulement les abcès qui sont pris en charge dans les registres.

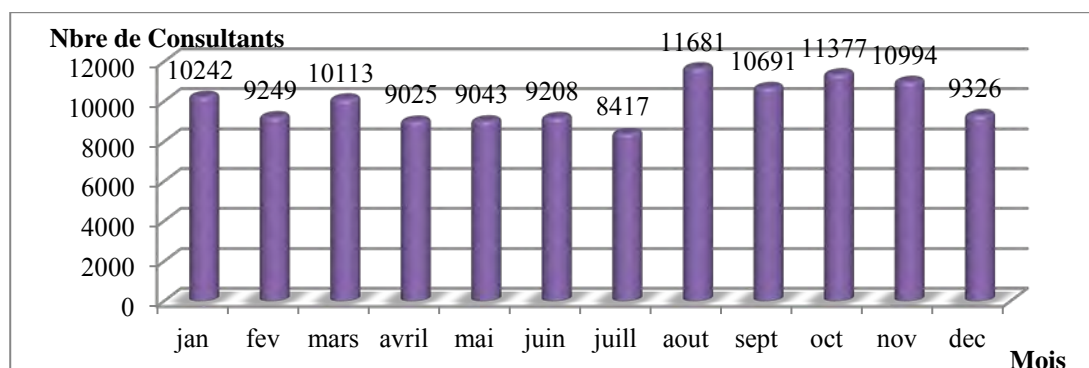
**Tableau 25: Répartition des trois principaux motifs de consultation par centre**

	ASACOBBA	ASACKO-NORD	CSREF	ASACODJAN	ASACOKOSA	CENTRE CHERIFLA	CENTRE SAHDIA	Ensemble
diarrhée & dysenterie	4724	449	1266	131	224	355	112	7261
paludisme	19787	3680	5057	1002	2242	6730	1259	39757
mal app digestif	4003	585	197	202	177	539	202	5905
mal app respiratoire	8232	1334	7565	594	757	2725	299	21506
mal app urinaire	2266	546	78	118	127	705	30	3870
ORL	239	652	3763	141	189	405	72	5461
plaies, abcès	288	1529	821	92	440	1301	443	4914
autres affections	731	3958	16686	178	309	4024	1671	27557
HTA	411	325	1664	174	257	216	89	3136
<b>Ensemble</b>	<b>40681</b>	<b>13057</b>	<b>37097</b>	<b>2632</b>	<b>4722</b>	<b>17000</b>	<b>4177</b>	<b>119366</b>

**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

## 5.6. LA REPARTITION MENSUELLE DU RECOURS

**Graphique 18: Distribution mensuelle des consultants dans la commune I**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

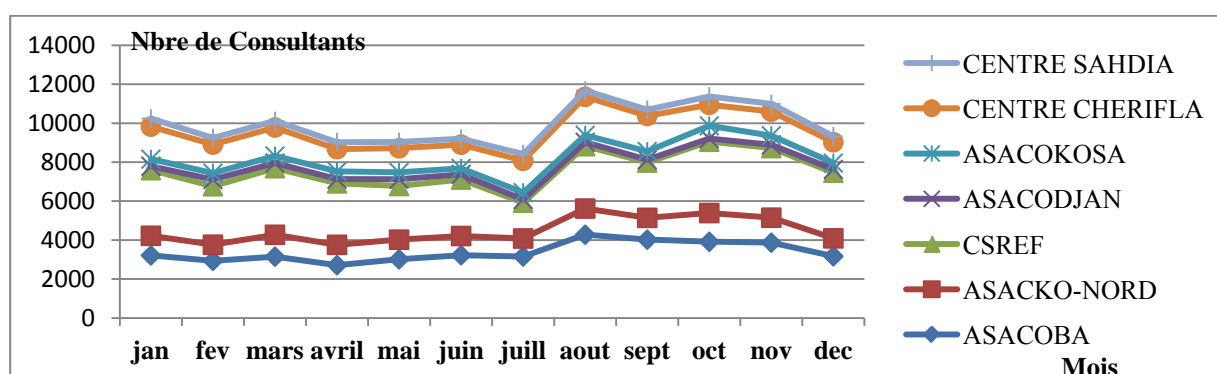
### 5.7. VARIATION MENSUELLE PAR CENTRE

Nous avons fait également une distribution mensuelle des trois principaux mois de consultation dans les différentes structures (graphique et tableau ci-après).

Il ressort que la plupart des centres ont leur pic entre août et novembre.

Le seul centre qui n'a rien n'avoir avec cette tendance est ASACODJAN où les pics sont observés en février, mai et juin. Pour le CSREF et SAHDIA, le troisième pic est respectivement observé en mars et janvier.

**Graphique 19: Variation mensuelle par centre**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

### 5.8. REPARTITION DES TROIS PRINCIPAUX MOIS DANS LES CENTRES

**Tableau 26: Répartition des trois principaux mois de consultation dans les centres**

ASACOBAB	ASACKO-NORD	CSREF	ASACODJAN	ASACOKOSA	CENTRE CHERIFLA	CENTRE SAHDIA	Ensemble
----------	-------------	-------	-----------	-----------	-----------------	---------------	----------

janvier	3215	1008	3370	200	364	1671	414	10242
février	2937	827	3003	343	329	1467	343	9249
mars	3151	1124	3420	260	368	1460	330	10113
avril	2715	1044	3155	217	397	1143	354	9025
mai	3015	1008	2756	349	348	1242	325	9043
juin	3225	987	2899	265	310	1215	307	9208
juillet	3160	924	1840	160	361	1630	342	8417
août	4279	1342	3203	201	362	1970	324	11681
septembre	4026	1117	2843	140	428	1822	315	10691
octobre	3917	1473	3663	158	658	1079	429	11377
novembre	3871	1281	3574	168	470	1236	394	10994
décembre	3170	922	3371	171	327	1065	300	9326
<b>Ensemble</b>	<b>40681</b>	<b>13057</b>	<b>37097</b>	<b>2632</b>	<b>4722</b>	<b>17000</b>	<b>4177</b>	<b>119366</b>

**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

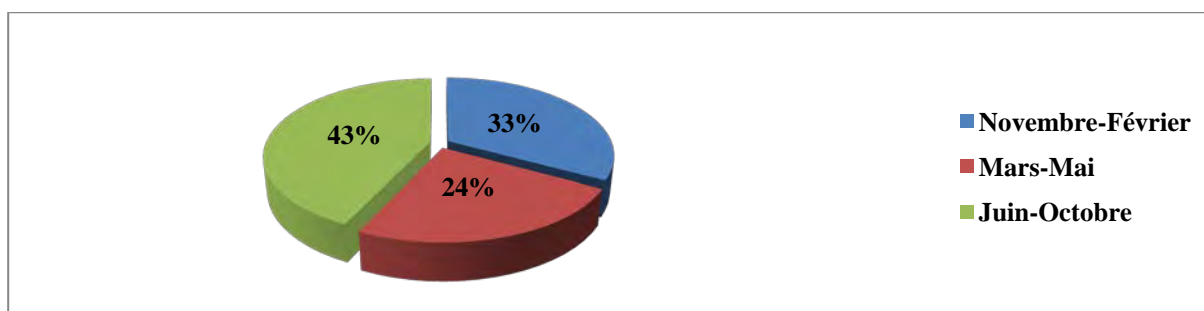
## 5.9. REPARTITION SAISONNIERE DES CONSULTANTS

Comme NIANG en 1997, nous avons établi une répartition saisonnière en trois périodes qui correspondent à la fois aux variations climatiques, épidémiologiques et socio-économiques dans la ville de Bamako. Nous avons ainsi :

- une saison sèche froide de novembre à février,
- une saison sèche chaude de mars à mai,
- une saison pluvieuse de juin à octobre.

Il ressort de l'analyse des consultants par saison que les centres ont en général une plus grande affluence en saison pluvieuse (juin à octobre) où 43 % des consultants sont enregistrés. La saison sèche froide totalise 33% des consultations et la saison sèche chaude a 24%.

### Graphique 20: Répartition saisonnière des consultants

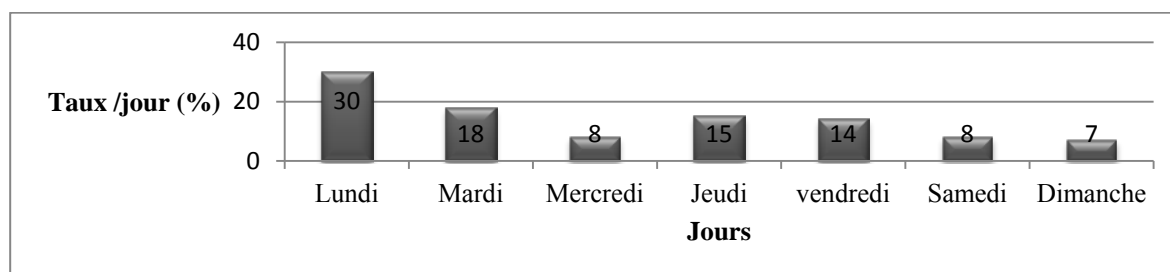


Les deux premières saisons sont des périodes des affections (paludisme et fièvre). C'est ce qui a classé le paludisme comme premier motif de consultation et (IRA) pour la saison sèche froide qui est la troisième cause de consultation dans la plupart des centres. Il conviendrait de

prendre des mesures spécifiques pendant ces périodes pour diminuer l'incidence des variations climatiques sur la santé de la population à travers des Informations, Educations et Communications (IEC).

Nous avons également fait une observation pour voir les jours de forte consultation pendant quatre semaines dans 4 centres (ASACOBA, CHERIFLA, ASACKO-NORD et le CSREF). Il ressort de cette observation que le lundi est le jour privilégié pour la consultation avec près de 30% de la consultation de la semaine. Cette situation s'explique dans la mesure où c'est le premier jour de la semaine après deux jours de repos pour les médecins. Il faut également savoir que pendant les heures de garde, le ticket revient à 700 F au lieu de 500 d'habitude. Il est suivi du mardi avec 18% ; ceux qui n'ont pas eu le temps de venir le lundi peuvent le faire le mardi. Ensuite, nous avons le jeudi et vendredi avec 14 et 13%. Généralement, le jeudi est réservé aux causeries et aux vaccinations. Certaines femmes en profitent pour ce faire consulter ainsi que leurs enfants. Samedi et dimanche sont des week-ends et du coup ne sont pas bien fréquentés. Mais le cas du mercredi est impressionnant. Il est pourtant le milieu de la semaine. Il pourrait s'expliquer par le comportement social de la population. En effet, dans nos sociétés, le mercredi est vu comme un mauvais jour et surtout que ces événements se répètent. La maladie étant considérée comme un événement malheureux peut expliquer cette situation puisqu'en venant au centre, on risque de revenir un autre mercredi. Au Mali, on ne présente pas les condoléances les mercredis. Mais si l'évènement en question est heureux, la population y adhère. C'est la raison pour laquelle, nous avons les Soninké de Banamba « Banambaka » (les gens de Banamba) qui ne font leur mariage collectif que le mercredi. Certaines ethnies pensent que le samedi aussi est un mauvais jour et refusent de présenter des condoléances.

**Graphique 21: Répartition de la consultation par semaine**



**Source :** Enquête de terrain, M. KODIO, octobre-novembre 2011.

## CHAPITRE VI : LE TAUX DE FREQUENTATION

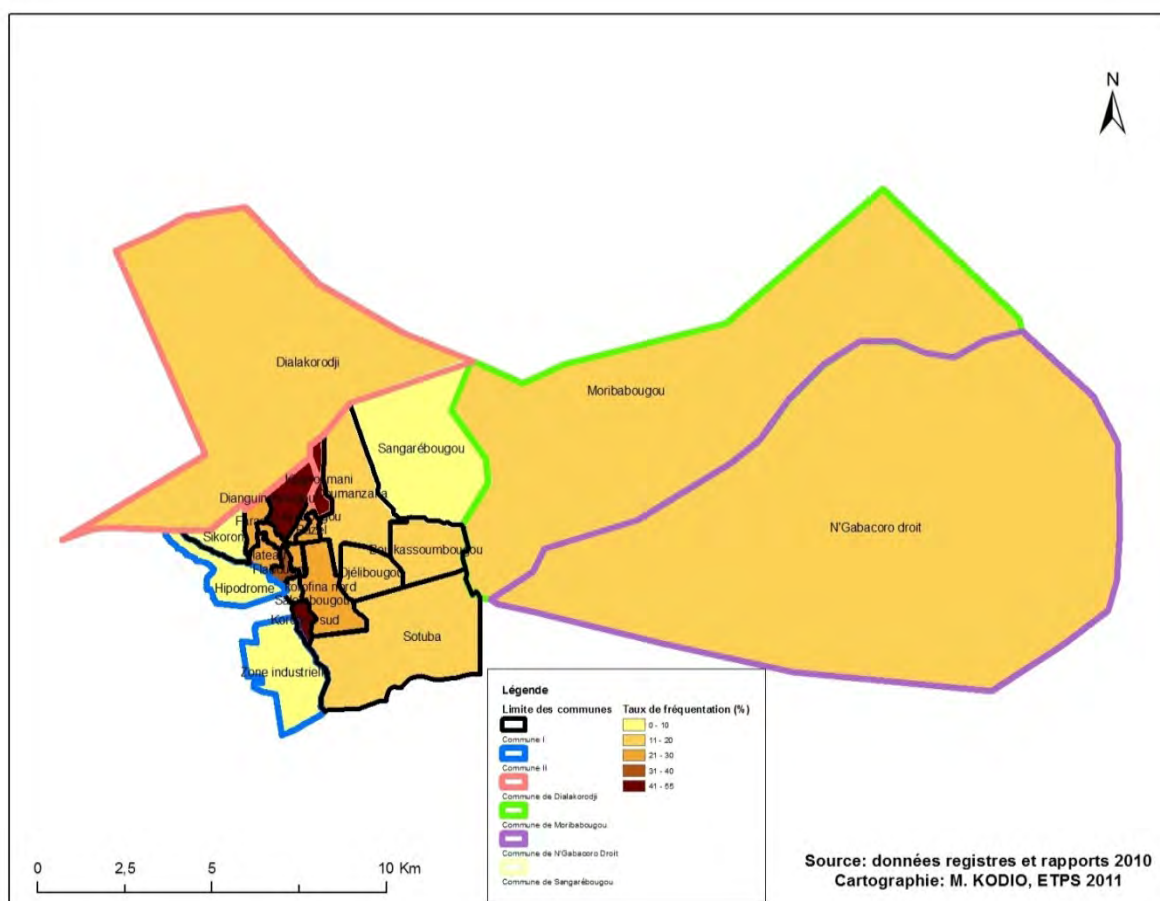


Le taux de fréquentation est le rapport entre la population consultante en provenance d'un lieu sur la population totale de ce lieu au cours d'une période donnée en pourcentage ; il permet de voir le recours des populations aux soins. Cet indicateur a pour objectif de mesurer les inégalités de recours aux soins de la population. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il ne constitue que la partie exprimée et enregistrée de la demande réelle, celle qui est mesurée par le système de soins. Il ne permet pas de saisir l'ensemble des besoins de santé que les enquêtes directes permettraient de mettre à jour (PICHERAL, 2001).

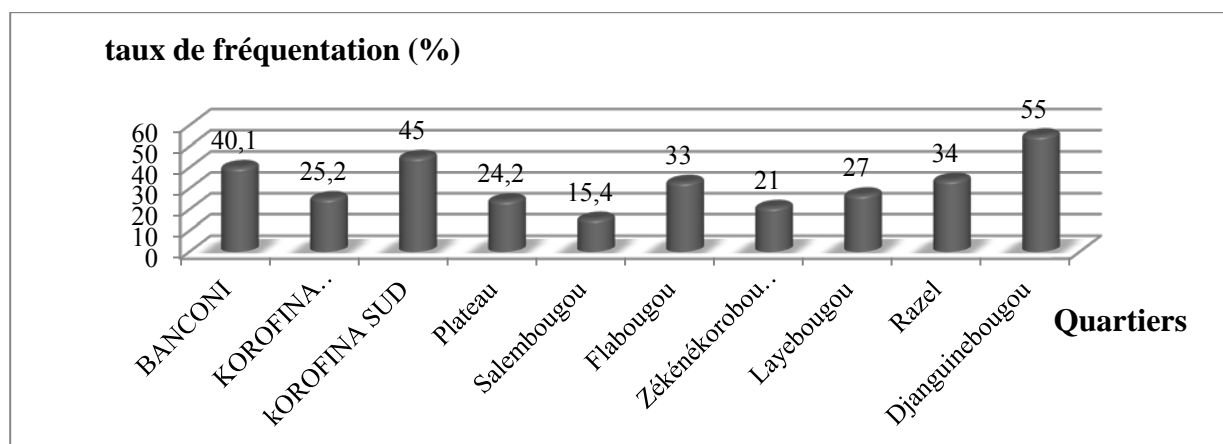
Les résultats obtenus dans les études menées montrent le plus souvent le rôle prépondérant de la proximité spatiale des structures de soins sur leur fréquentation (HAGETT P., 1973, NIANG A., 1997 ; DRAME F.M., 2006 et SALEM G., 1998).

Selon l’OMS, le recours est satisfaisant lorsque le taux de fréquentation de la population atteint les 70% de la population cible.

### Carte 15: Le taux de fréquentation



### Graphique 22: Taux de fréquentation



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

La fréquentation semble être influencée par l'accessibilité géographique. Les quartiers où les secteurs qui disposent des centres de santé ont des meilleurs taux de fréquentation. C'est le secteur de Djanguinebougou qui a le meilleur taux. Cette situation est due à la présence de deux centres dans ce secteur. Il est également le secteur le plus peuplé de Banconi. Le faible taux de Korofina Nord peut s'expliquer par la présence de nombreux centres privés que nous n'avons pas pu étudier. Il a été démontré à travers les études antérieures que les ménages qui disposent des moyens fréquentent des soins secondaires et privés. Si dans ce secteur, nous rencontrons de nombreuses structures privées, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces centres bénéficient d'une clientèle prête à déboursier une somme importante pour sa santé.

Si nous prenons par quartier, c'est Korofina Sud qui a le meilleur taux de fréquentation. Cela peut être dû à sa position géographique. En effet, ce quartier paraît un peu enclavé par rapport aux autres avec la présence des rails et la RN 27 qui le séparent des autres quartiers. Cette situation peut influencer la fréquentation de la population. Nous avons remarqué d'ailleurs partout la faible fréquentation des gens de ce quartier dans les centres des autres quartiers.

La faible fréquentation de Banconi s'explique par le fait que ce quartier est vaste et que les populations peuvent fréquenter les centres des autres quartiers (Hippodrome, Sikoroni, Missira). Lors de nos discussions avec les femmes de Banconi Plateau, nous nous sommes rendu compte que certaines femmes préfèrent se faire consulter au CSREF de la commune II et principalement à la maternité et à la pédiatrie.

**Une femme ménagère, disait à ce sujet :**

#### **Encadré 4**

Nous préférons aller à Missira puisque la pédiatre est gentille et courtoise. Elle nous donne beaucoup de conseils. On ne nous fait pas attendre une heure avant de voir la pédiatre. Quant à la maternité, les matrones ne crient pas sur nous, elles savent que nous n'avons pas les mêmes compréhensions et les mêmes attitudes face à la grossesse. Mais le point le plus marquant est que nous prenons la SOTRAMA à 125 F pour y accéder alors qu'à Korofina, nous sommes obligées de prendre le véhicule deux fois ou faire une grande partie à pied alors que nous devons revenir pour préparer le repas de midi. Si c'est ASACOBAB, nous devons y aller à pied alors que souvent le malade ne peut pas marcher.

Certaines personnes également préfèrent aller directement à l'hôpital où les soins spécialisés sont disponibles à tout moment.

Dans tous les centres étudiés, le taux de fréquentation est inférieur à la norme OMS. Cette situation traduit une faible fréquentation de nos structures de soins. Ce taux est loin de la moyenne de la capitale, 61% et même inférieur à la moyenne nationale (37%). Mais si nous prenons le taux par quartier, le taux de Banconi et de Korofina Sud est supérieur à la moyenne nationale (40.1% et 45%).

Mais pour les activités de prévention ou de promotion, les populations préfèrent les soins les plus proches. Nous avons remarqué partout une forte mobilisation des femmes pour la CPN et les PEV. Le CSREF et ASACOBAB sont les rares centres qui pratiquent les PEV de façon journalière ; pour les autres centres, ils choisissent un ou deux jours dans la semaine pour cette activité. C'est la raison pour laquelle, la salle consacrée au PEV à ASACOBAB est tout le temps pleine de femmes venant de tous les secteurs du quartier et d'autres quartiers. D'autres femmes font la queue devant la salle en attendant leur tour (**photo 43, 44, 45**).

#### **Photos : La salle de PEV de l'ASACOBAB**

**Photo 40 :** Salles PEV ASACOBAB

**Photo 41:** Salles PEV 2 ASACOBAB



**Photo 42: Femmes en attente devant la salle PEV ASACOB**



**Source :** Cliché du 19 septembre 2011, M. Kodio

En 2010, A SACOBA a réalisé 10139 Consultations Prénatales, 3528 accouchements, 704 Consultations Postnatales, 12920 consultations d'enfants sains et 1421 plannings familiaux. Les méthodes de contraception utilisées sont nombreuses et variées (**photo 46**). Mais il faut reconnaître que les femmes n'adhèrent pas pleinement au planning familial puisque de nombreux hommes en sont contre. Il faut savoir que la tradition ainsi que les religions monothéistes en sont également contre. Beaucoup de femmes sont obligées de se cacher pour utiliser la contraception qui est souvent assimilée à l'infanticide pour certains hommes analphabètes.

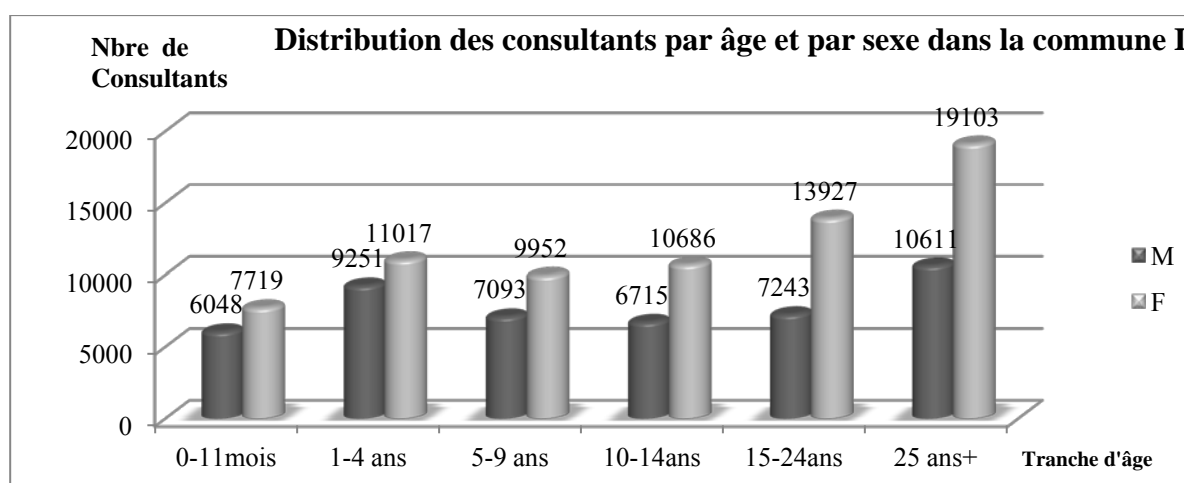
**Photo 43:** Les méthodes de contraception prescrites à l'ASACOB



Source : Cliché du 19 septembre 2011, M. Kodio

### 6.1. La fréquentation selon l'âge et le sexe :

Graphique 23: Fréquentation selon l'âge et le sexe



Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

Le graphique montre une prédominance des adultes (43%). Cette situation avait été déjà observée par NIANG. A en milieu rural au Sénégal en 1997. Toutes les tranches d'âge sont représentées à des degrés divers.

Dans tous les âges, le sexe féminin domine. Même chez les enfants de moins de 5 ans où il est généralement admis que les garçons sont fragiles à cet âge, le sexe féminin prédomine. Est-ce – que les garçons ne tombent-ils pas malades ou utilisent-ils d'autres soins ?

Pour la tranche d'âge de 15 ans et plus, les hommes préfèrent utiliser d'autres soins que les CSCOM puisqu'il faut reconnaître que certains personnels sont féminins notamment à ASACOBBA et que certains hommes ont du mal à se faire consulter par une femme. L'autre



raison est que les hommes vont en ville et ne reviennent que le soir, alors ils préfèrent aller voir directement le médecin ou l'infirmier à domicile à leur retour du service, partent aux centres privés ou pratiquent directement l'automédication.

Par rapport au personnel soignant, un jeune homme affirme :

#### Encadré 5 :

Les CSCOM sont pour les enfants et les femmes, nous n'avons pas la patience d'aller là-bas. Un homme ne peut pas comprendre qu'on peut payer son argent et souffrir ; c'est-à-dire attendre plusieurs minutes avant d'être reçu par le praticien. Nous allons directement voir le médecin à la maison et lui paye 1000 F. Il faut également savoir qu'à ASACOBAB, la salle d'injection est toujours remplie de femmes et on te demande de te déshabiller devant cette foule de femme pour les injections, chose difficile à faire et à comprendre pour l'homme malien.

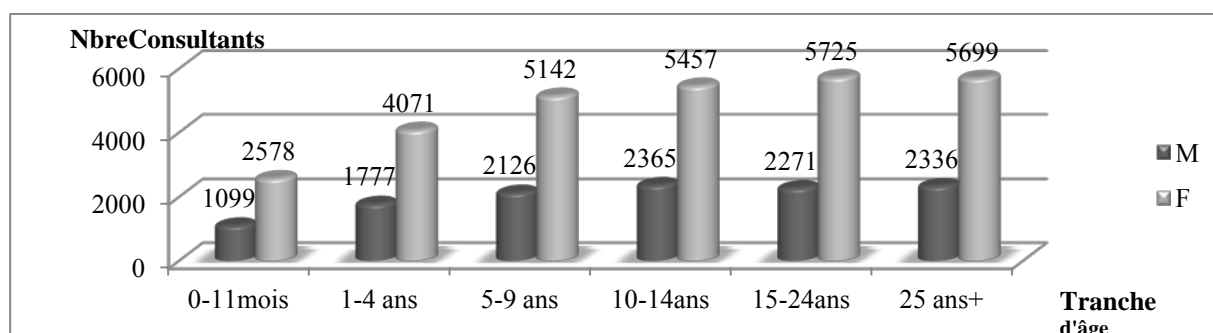
A la consultation, c'est les femmes, à la pharmacie et à l'injection, toujours des femmes.

Si le centre pouvait prendre cet aspect en compte, nous serons ravis d'y retourner.

Nous nous sommes rendu compte de cette situation, puisque plus de 80% du personnel d'ASACOBAB est constitué de femmes.

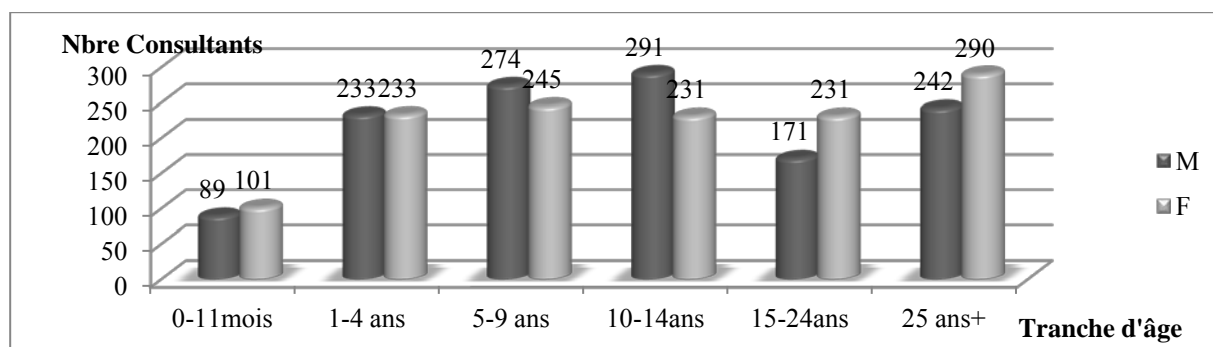
Mais il faut comprendre que cette tendance générale cache des disparités entre les centres.

#### Graphique 24: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACOBAB



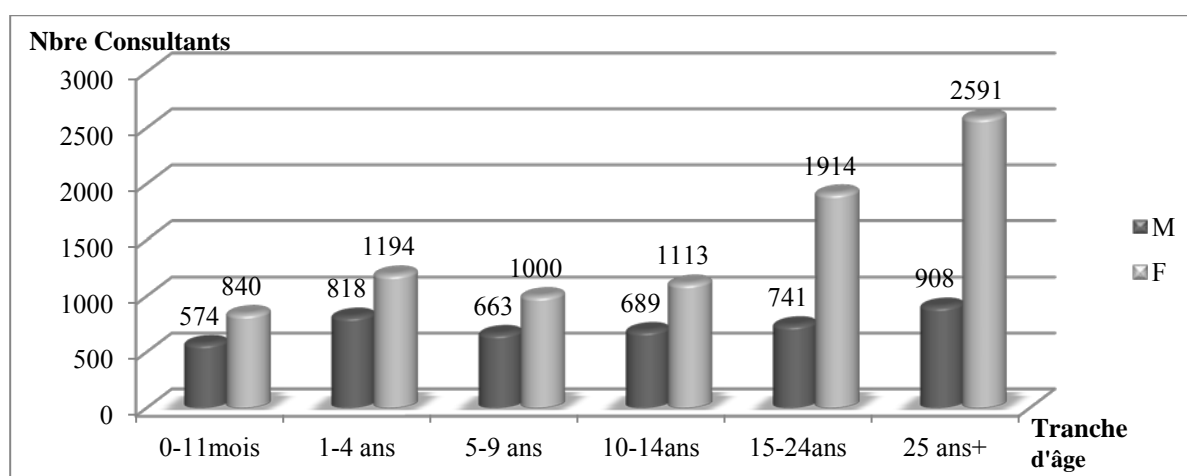
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

#### Graphique 25: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACODJAN



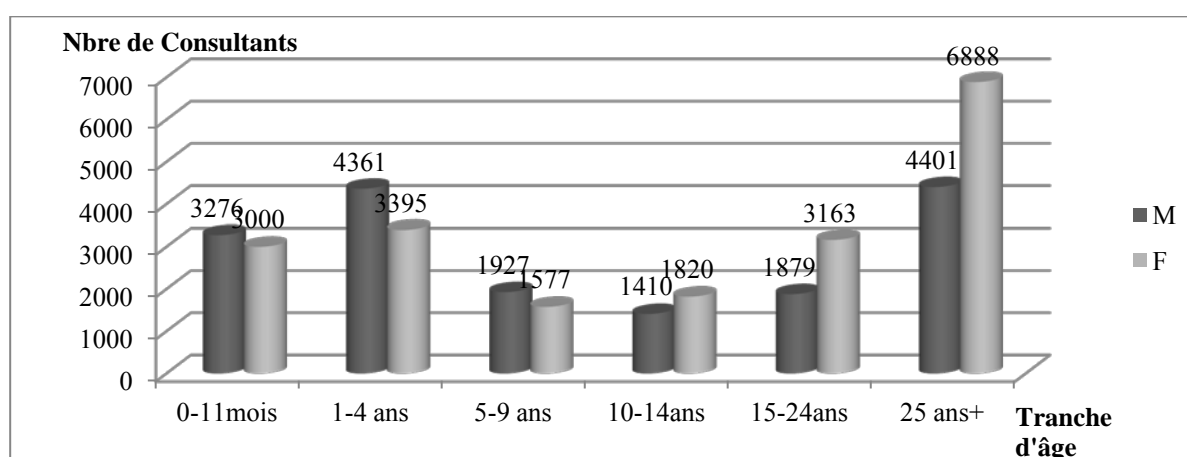
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 26: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACKO-NORD**



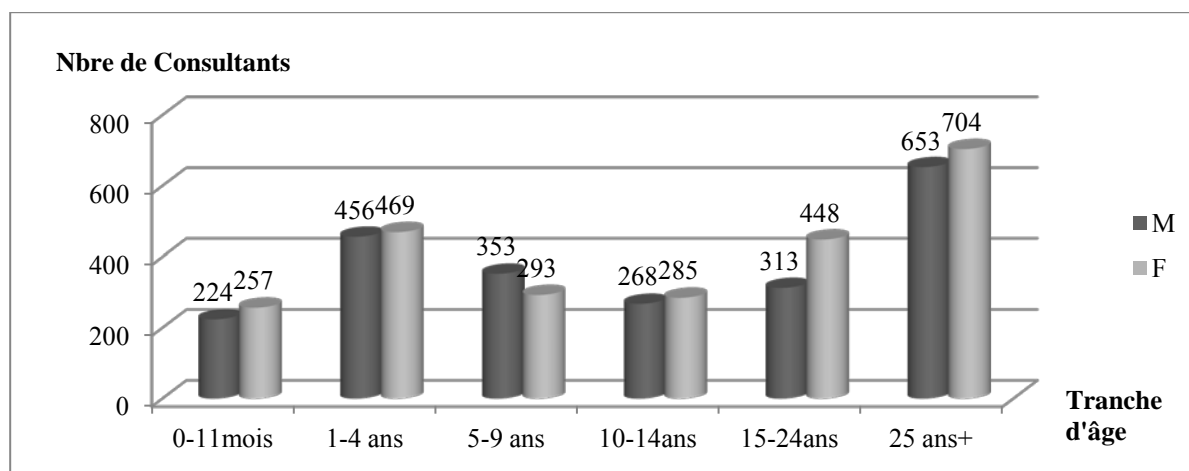
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 27: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe au CSREF**



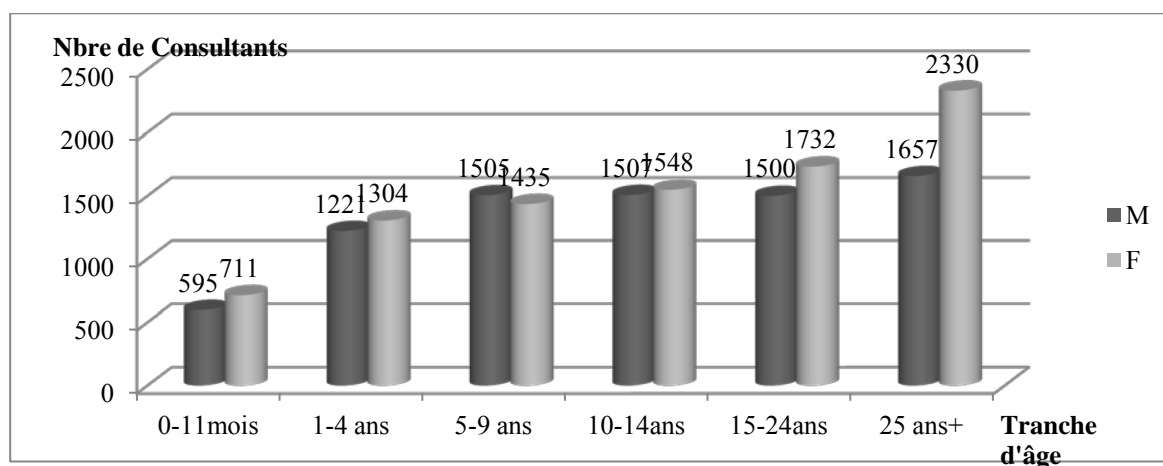
Source: Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 28: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACOKOSA**



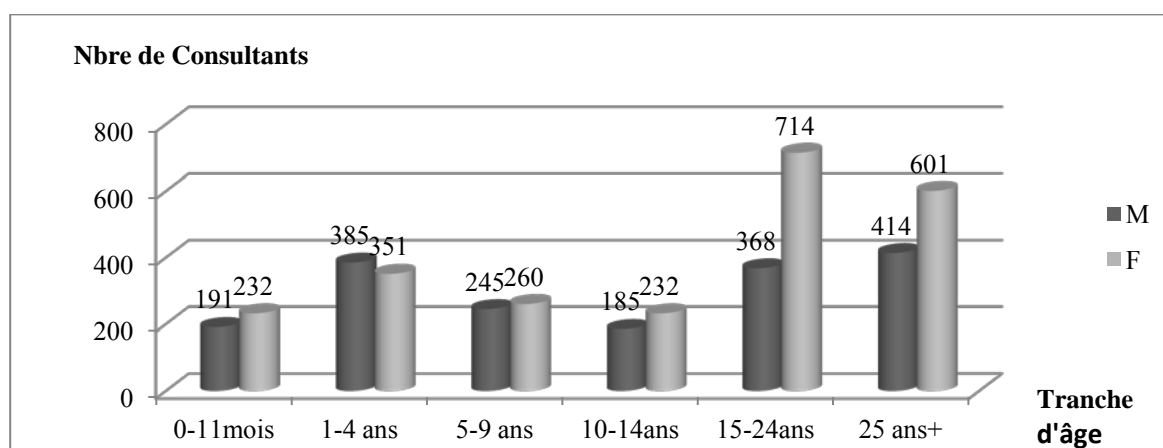
**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 29: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à Chérifla**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010

**Graphique 30: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à SAHDIA**



**Source:** Registres de consultations, rapports trimestriels, 2010



Au centre ASACOB, les femmes représentent 70% des consultants et dans toutes les tranches d'âge. Cette situation confirme le fait qu'ASACOB est un centre fréquenté essentiellement par les femmes et les enfants.

A ASACODJAN, par contre les hommes représentent 49% des consultants. Dans la tranche 0-14 ans, les garçons dépassent les filles (887 contre 810) ; de 10-14 ans également avec 291 contre 231. Quant à ASACKO-NORD, il présente les mêmes caractéristiques qu'ASACOB avec 34% pour les hommes et 66% pour les femmes. Cette situation domine dans toutes les tranches d'âge. L'écart est surtout impressionnant entre 15 ans et plus (1649 contre 4505).

Au CSREF, les hommes représentent 47% du total contre 53% pour les femmes. Au niveau des tranches d'âge, les garçons dominent au niveau des 0-9 ans avec 55% contre 45% pour les filles. Cette situation confirme les travaux des anthropologues qui disaient que les garçons sont amenés dans les soins spécialisés alors que les filles bénéficient des soins de routine. *L'explication qu'on a trouvé pourrait est due au fait que les garçons sont considérés comme des héritiers alors que les filles doivent aller dans une autre famille, propos d'un jeune homme de Banconi Djanguinebouyou.* Mais cette information ne peut expliquer en elle seule ce comportement. A ASACOKOSA, la tendance est de 48% contre 52%. Les garçons dominent seulement au niveau de la tranche 5-9 ans. Mais le fait marquant dans ce centre est qu'il n'y a pas une grande différence entre les hommes et les femmes dans la tranche des 25 ans et plus (48% contre 52%) alors que à ce niveau dans les autres centres, les femmes dominent de loin. A Chérifla, c'est 47% contre 53% avec un léger avantage chez les garçons de 5-9 ans.

Quant au centre SAHDIA, les hommes représentent 43% contre 57% pour les femmes avec également un léger avantage pour les garçons de 1-4 ans.

En conclusion, nous pouvons dire que dans toutes les structures étudiées, les femmes et les enfants dominent confirmant ainsi la politique des SSP qui privilégie l'accès des femmes et des enfants.

Si nous essayons de ramener l'accès au niveau du sexe ratio, nous dirons que la tendance n'est pas respectée puisque ce ratio est en faveur des hommes en commune I selon le RGPH (101 hommes pour 100 femmes). Une étude sur l'itinéraire thérapeutique des hommes permettra d'en savoir plus.

## CHAPITRE VII : CHOIX DU RECOURS

Dans ce chapitre, nous traiterons les différents motifs du recours et l'itinéraire thérapeutique des patients. Il est généralement admis que le choix du recours dépend de plusieurs paramètres. Pour en savoir, nous avons effectué une enquête auprès des patients dans les différents centres. Cette enquête concernait tous les patients qui venaient pour une consultation curative. Il ne s'agissait pas seulement des patients qui venaient des deux quartiers. Nous avons décidé ainsi puisque nous pensons que tous les patients sont confrontés presque aux mêmes réalités dans les centres de santé.

### 7.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Le choix de l'échantillon était fonction du nombre de consultants observés dans les registres 2010. Ainsi, le tableau 27 représente la taille de l'échantillon dans chaque structure.

**Tableau 27: Répartition de l'échantillon par structure**

Structure	Taille de l'échantillon	Pourcentage
ASACOBA	75	28%
CSREF	75	28%
ASACODJAN	10	5%
ASACKO-NORD	40	15%
ASACOKOSA	15	5%
CHERIFLA	40	15%
SAHDIA	15	6%
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>

**Source** : Enquête de terrain, novembre 2011

Nous avons effectué la répartition des consultants selon l'origine ; il ressort que 78% soit 213 viennent de Bamako, 20% de Koulikoro (53) patients et 2% de Kayes. Nous avons une personne qui vient de Sikasso et de Ségou. La situation de Bamako s'explique par la proximité. En effet, toutes les structures sont à Bamako. Quant à la région de Koulikoro, elle est la plus proche de Bamako et toutes les communes limitrophes sont issues de cette région.

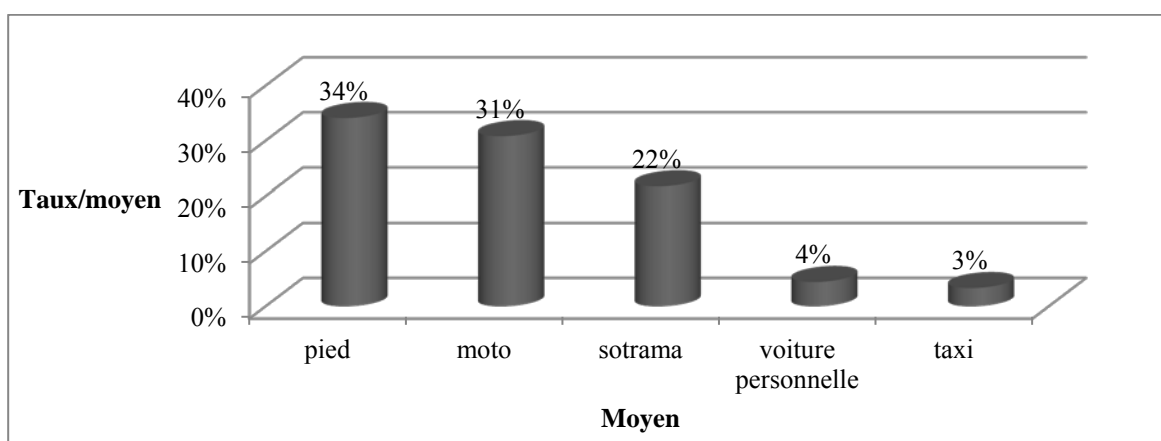
Les autres sont des consultants occasionnels ou ont été recommandés par un parent, personnel soignant.

La commune I a le plus grand nombre avec 170, suivi de la commune II (33). Dialakorodji a 24 patients et Sangarebougou en a 12. Les autres localités ont moins de 10 patients.

Tous les quartiers sont représentés ainsi que les communes limitrophes. Mais il faut savoir que ceux qui viennent de Banconi et Korofina sont les plus nombreux.

Quant au temps mis pour accéder à une structure, il dépendait des distances et des moyens de transport utilisés. Les personnes qui sont venues des régions sont celles qui ont parcouru la plus longue distance et le plus grand temps mis (souvent 24h) alors que celles qui viennent des secteurs proches ne dépassaient pas souvent 5 mn. Le graphique 31 ci-dessous indique le moyen de transport utilisé.

**Graphique 31: Moyen de transport utilisé pour accéder aux soins**



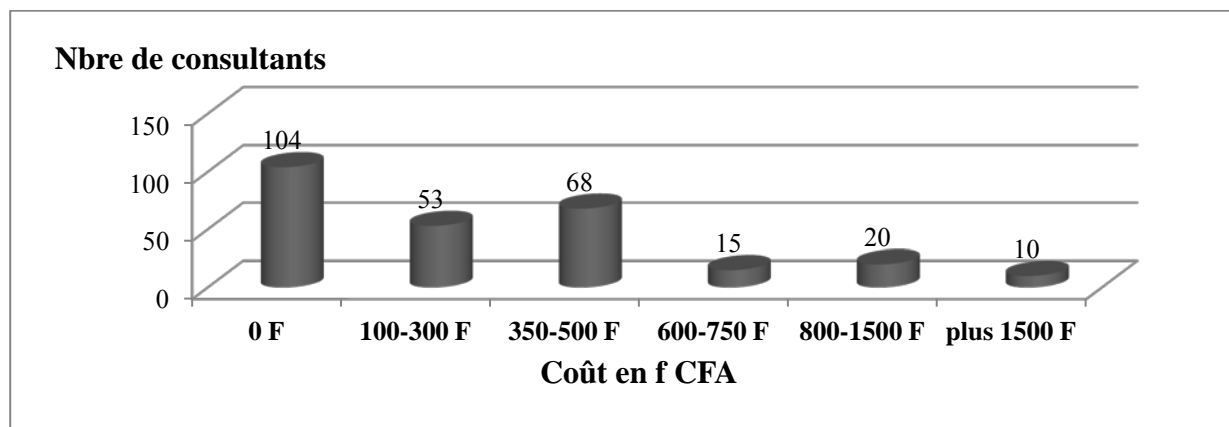
**Source :** Enquête de terrain, novembre 2011

Il ressort du graphique que le moyen de transport le plus utilisé est le pied avec 34% ; ce qui explique une proximité des structures. Ensuite la moto vient avec 31%, suivi des SOTRAMA 22%. Les voitures personnelles ont 4% alors que les taxis ont 3%. Le cas de la moto est compréhensible. En effet, il faut comprendre qu'avec l'avènement des motos Djakarta, de nombreuses personnes font leur déplacement en moto. Ces motos consomment moins d'essence et sont appréciées par les jeunes. Même si elles font de nombreux accidents, il faut reconnaître qu'elles ont amélioré le transport à Bamako. Il est rare de nos jours de voir une famille qui en possède pas une. Les SOTRAMA sont surtout utilisées par les femmes et les ménages qui n'ont pas assez de moyens pour s'en procurer une Djakarta puisqu'elle coûte 300 000 F CFA. Les patients ont surtout le désir d'avoir une ligne Banconi Marché Plateau-

CSREF pour les permettre d'accéder à Korofina. L'exemple des motos taxi derrière le fleuve peut être une solution à ce problème.

Quant aux prix du transport, ils dépendent également des moyens utilisés.

### Graphique 32: Prix du transport



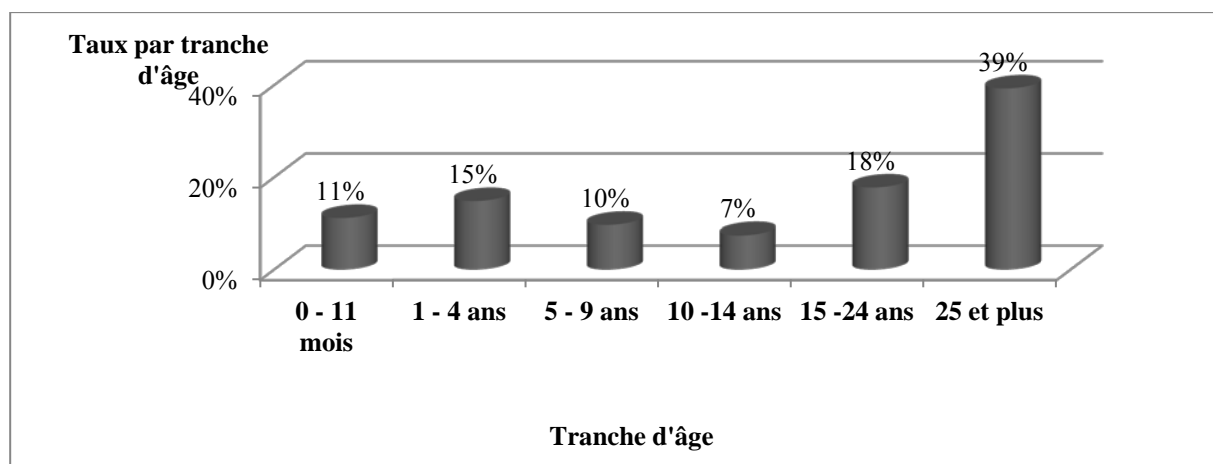
**Source :** Enquête de terrain, novembre 2011

Nous constatons que 39% n'ont pas payé de transport alors que 61% ont payé le transport pour accéder à une structure. Il faut savoir que parmi les 104 patients qui n'ont pas payé de transport, 10 ont profité de largesse d'autres personnes. Il s'agit surtout des femmes qui ont profité du trajet de leur mari pour venir au centre. Dans ces cas de figure, nous n'avons pas mis de prix de transport puisqu'elles retournent généralement à pied. Sur les 166 patients qui ont payés du transport, 20% ont payé entre 100 et 300 F CFA. Il faut également savoir que nous avons calculé le transport aller-retour. Il s'est trouvé que certaines personnes compte tenu de leur maladie ont emprunté un moyen à l'aller et le remplacer au retour. Pour ces patients, nous avons pris le prix de l'aller seulement. 25% ont payé entre 350-500 f. Ce sont surtout ceux qui ont mis un demi-litre ou 500 F d'essence ; 5% ont payé entre 600-750 (Ce sont ceux qui ont pris un litre d'essence ou deux fois le transport public à raison de 150 par tour) et 7% ont payé entre 800- 1500 F CFA. Il s'agit des patients qui ont utilisés deux fois le moyen de transport collectif pour y accéder ainsi que les propriétaires des voitures personnelles et les taxis. Quant aux 4% restant, ils ont utilisé le taxi ou sont venus des régions lointaines (Sikasso, Kayes et Ségou). Les propriétaires de véhicules payent généralement plus de carburants pour venir se soigner. En conclusion, nous pouvons dire que la proximité et le type de transport peuvent jouer sur le coût de la santé. Le coût du transport est énorme disent les patients. Si on pouvait payer selon la distance et non selon la ligne. Par exemple quitter Djanguinébougu pour venir à ASACOBACO coûte 125F CFA alors que la distance

Djanguinébouougou-Rail-da coûte souvent 125 ou 150 F. Pour payer 100 F, il faut au préalable négocier avec l'apprenti.

### 7.1.1. Répartition de la population par tranche d'âge

**Graphique 33: Répartition de l'échantillon par tranche d'âge**



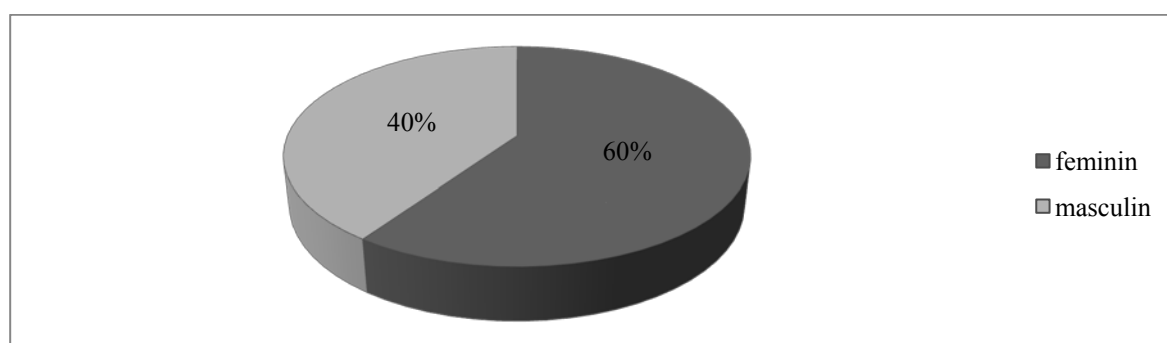
**Source :** Enquête de terrain, novembre 2011

La répartition par tranche d'âge confirme ce qui avait été retrouvé dans les registres de consultation c'est-à-dire que les adultes sont les premiers utilisateurs de nos structures. Les 15 ans et plus représentent 57% de l'échantillon contre 43% pour les moins de 15 ans. Les enfants de moins de 5ans représentent 26% de notre échantillon.

### 7.1.2. Répartition de l'échantillon par sexe

La répartition de l'échantillon par sexe dans les structures donne :

**Graphique 34: Répartition de l'échantillon par sexe**



**Source :** Enquête de terrain, novembre 2011

Le graphique nous montre que les femmes sont les plus grandes utilisatrices de nos structures de soins. Elles représentent 60% de notre échantillon contre 40% pour les hommes. Les registres avaient enregistré les mêmes proportions. Dans certains centres, ce taux pouvait

atteindre 65% (ASACOB). Cette situation a été confirmée par les études antérieures à Bamako (DIAKITE .B. D et al en 1990 à Banconi) et au Sénégal par (NIANG.A.1997 ; SALEM. G. 1998).

Les femmes compte-tenu de la proximité des centres ont un accès facile. Leur difficulté se résume souvent au problème de financement. Elles peuvent coupler le marché et le centre de santé. Les hommes préfèrent d'autres types de soins comme l'automédication. Ils ne disposent pas d'assez de temps.

Quant à la situation matrimoniale, nous avons constaté que 88% des patients étaient mariés (les parents pour les enfants) et parmi eux 50% étaient des polygames. 7% de nos patients étaient des célibataires. Ils s'agissaient surtout des élèves et étudiants ; 3% étaient des femmes divorcées ou séparées et 2% de veufs. C'étaient surtout des personnes âgées. Il faut savoir que généralement, les gens se remarient après le décès d'un conjoint. Pour le cas du divorce, il n'est pas facile de le déterminer puisque les femmes ne veulent pas exposer leur situation matrimoniale en cas de divorce pour ne pas attirer les mauvaises langues. Généralement en cas de divorce, elles sont les premières à être incriminées.

La situation professionnelle nous a donné que la plupart de nos patients étaient des ménagères (40%), 15% d'ouvriers, 20% des (commerçants et vendeuses), 9% de retraités, 6% des autres professions (cultivateurs, marabout, éleveur) et 10% dans l'administration. Les gens qui travaillent dans l'administration privée représentent 6%. Quant aux cadres supérieurs, ils ne représentaient que 2%. Cette situation confirme que les gens aisés fréquentent généralement les soins secondaires (NIANG.A. 1997).

## **7.2. Les motifs de la consultation**

Dans cette partie, il s'agit de savoir les types de maladies qui poussent les gens à venir se faire consulter. Le tableau indique les différents motifs de la consultation.

Le paludisme reste le premier motif de consultation avec 37%, suivi des IRA avec 16%, elle est donc la 2<sup>ème</sup> cause de consultation et la diarrhée est la 3<sup>ème</sup> cause avec 15%. Toutes ces pathologies sont des maladies évitables à travers un changement de comportements. Il faut savoir que la population assimile généralement tout cas de fièvre au paludisme. La Goutte Epaisse (GE) n'est pas systématique et de nombreuses autres maladies qui peuvent provoquer la fièvre sont donc considérées comme paludisme. L'HTA et le diabète constituent 9% ainsi que les affections non classées. Il faut savoir qu'ici nous avons demandé directement aux patients afin de savoir s'ils connaissaient la pathologie dont ils souffraient. C'est la raison

pour laquelle les affections non classées ne sont pas aussi nombreuses. Si le malade connaît sa maladie, cela pourra influencer son lieu et le type de recours. Nous avons remarqué qu'ASACOBBA et ASACKO-NORD sont surtout utilisés pour le paludisme et la diarrhée et le CSREF est sollicité pour les maladies chroniques et les IRA.

**Tableau 28: Répartition de la population selon le motif de consultation**

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage %
Paludisme	100	37%
IRA	44	16%
Maux de ventre	18	7%
HTA, Diabète	21	8%
Diarrhée	40	15%
ORL	10	4%
App Urinaire	5	2%
App Digestif	8	3%
Autres	24	9%
<b>Ensemble</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>

**Source :** Enquête de terrain, novembre 2011

Cette distribution des affections selon l'échantillon correspond presque à la même distribution que nous avons observée dans les registres et les rapports de 2010. Cette situation nous a permis de définir dans la morbidité diagnostiquée, le profil sanitaire de notre zone d'étude à travers la distribution des affections dans le temps et dans l'espace ainsi que par sexe.

*Le profil sanitaire se dit de toute tentative descriptive et synthétique visant à résumer les caractères spécifiques de l'état de santé d'une population et des équipements sanitaires dont elle dispose. On parlera de profil pathologique (ou morbide) quand on voudra définir, mesurer ses problèmes et ses besoins de santé particuliers (PICHERAL, 2001).*

Nous pouvons dire que le profil sanitaire de notre zone se caractérise par la prédominance des maladies évitables. Nous avons également observé dans les rapports, la prédominance de la CPN et des PEV. Ces phénomènes sont couplés par une géographie de l'insalubrité et de risques récurrents.

### 7.2.1. Le choix du centre

Nous avons interrogé la population sur le choix du recours en cas de maladies. Il ressort que plusieurs facteurs déterminent le choix du recours. Le tableau 29 détermine le choix des différents centres.

**Tableau 29: Choix des différents centres**

	Qualité	Proximité	Connaissance	Habitude	Coût	Ensemble
ASACKO-NORD	12	14	11	1	24	62
ASACOBAB	28	27	13	32	21	121
ASACODJAN	2	6	2	0	2	12
ASACOKOSSA	2	9	3	3	4	21
CHERIFLA	16	14	14	0	0	44
CSREF	53	20	14	15	5	107
SAHDIA	8	5	3	0	1	17
<b>Ensemble</b>	<b>121</b>	<b>95</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>384</b>

**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

Il faut savoir qu'ici plusieurs patients ont évoqué plusieurs raisons. Nous avons eu 384 réponses avec les 270 répondants. Nous avons recensé 5 motifs. Le tableau montre que le premier choix est la qualité du service avec 32% (121). En effet, les patients choisissent tel ou tel centre en fonction de la qualité des services fournis. Sur les 75 personnes interrogées au CSREF, 53 (soit 71%) l'ont choisi pour sa qualité. Cette situation se comprend dans la mesure où c'est le centre de référence de la commune. Il est censé prendre en charge les cas référés. Il bénéficie également de la présence des spécialistes dans plusieurs domaines. La qualité est un facteur déterminant de l'accès aux soins. Pour ASACOBAB, le taux est de 37% ; 30% pour ASACKO-NORD, 40% pour Chérifla, 53% pour le centre Sahdia et moins de 20% pour ASACODJAN et ASACOKOSA. Il faut entendre par qualité tous les services rendus (accueil; prise en charge, dimension sociale, etc.). Selon Gibson et al en 2005, la qualité est perçue sur l'expérience antérieure, la confiance et la réputation.

**Une femme dit à ce propos :**



**Encadré 6 :**

C'est ma voisine qui souffrait d'une maladie, elle avait fait plusieurs traitements sans suite. On nous a conseillé de venir au CSREF et nous avons trouvé un spécialiste qui l'a pris en charge et depuis chaque fois que nous avons un problème de santé, nous venons directement ici. Tout le monde dit du bien du docteur, en plus les médicaments qu'il prescrit ne sont pas aussi chers même si c'est des spécialités.

**Et une autre femme en rajoute à propos :**

**Encadré 7 :**

Je suis venu ici puisque ma sœur avait un problème gynécologique et elle est venue ici, le docteur lui a visité et lui a prescrit des médicaments et maintenant elle ne souffre de rien. Elle a même eu un enfant. Des exemples sont nombreux et vous voyez la masse qui est là. Comme on le dit en Bambara : « l'eau ne devient pas vin par hasard ». C'est parce qu'il connaît son travail que nous sommes tous là.

**Un autre monsieur dit en ce terme :**

**Encadré 8:**

Nous avons souvent peur de venir au centre puisque chaque fois que nous venons ici, on nous prescrit soit des injections soit des sérums. Nous ne voulons pas ça car si tu t'habitues à l'injection ou au sérum, à chaque fois que tu es souffrant, tu es obligé d'en faire. Ainsi nous préférons ceux qui nous prescrivent des comprimés même si ceux-ci nous coûtent chers. En plus souvent dans les CSCOM, il n'y a que de médecin féminin alors que souvent si tu n'es pas trop souffrant, tu aimes toujours être consulté par un homme.

Il faut savoir que le docteur en question est un gynécologue qui vient consulter à l'ASACOBAB les mardis et les jeudis. Il peut recevoir par séance plus de 60 femmes. Souvent en voyant les patientes, vous avez l'impression que toutes les femmes ont des problèmes gynécologiques. Certaines sont obligées de venir très tôt s'inscrire pour être reçu malgré tout elles viennent. La consultation commence en général à 15 h et peut aller jusqu'au petit matin.

Il faut également savoir que le terme qualité renferme ici le type de maladie puisque le choix du centre par rapport à une qualité fait référence à la prise en charge. C'est la raison pour laquelle le CSREF, ASACOBAB, ASACKO-NORD et Chérifla sont choisis pour leur prise en

charge rapide des IRA, du paludisme, de la diarrhée ainsi que les maladies chroniques et les affections non classées.

Le second motif du choix est la proximité avec 27%. Il est généralement admis que la distance joue beaucoup sur le recours aux soins. Les populations les plus proches sont celles qui utilisent le mieux les structures de soins. Cependant, cette proximité prend une signification différente selon les moyens de transport disponibles, l'état des routes, l'emplacement ou non du recours envisagé dans un endroit fréquenté pour d'autres raisons (marché, école, administration...), et les significations pour l'individu et son entourage d'un long déplacement<sup>29</sup>. Les CSCOM ont été créés pour une bonne accessibilité des populations aux soins de santé.

ASACOKOSA et ASACODJAN sont les centres qui sont les mieux choisis pour leur proximité (60%). Cela se comprend dans la mesure où il est difficile pour la population de traverser le rail ou la RN27 pour accéder aux autres structures. Elle est obligée de se contenter de leur CSCOM. Pour ASACODJAN, il est peu fréquenté et les quelques personnes qui le fréquentent les font à cause de sa distance. Ensuite ASACOBBA vient avec 37%. Ce sont surtout les gens de Flabougou, de Plateau et de Zékénékorobougou. Quant aux autres centres, ils ont un taux autour de 30%. Le seul centre qui n'atteint pas 30% est le CSREF. Cette situation est due au fait que le centre n'est pas une structure de proximité mais une structure de référence.

Le troisième motif est la connaissance. Nous entendons par connaissance, l'ensemble des relations qui peuvent unir le malade au personnel soignant (parenté, même bord politique ou associatif, etc.).

Le centre Chérifla est le mieux utilisé pour la connaissance soit 35%. Nous avons remarqué que de nombreux patients viennent se faire consulter là-bas à cause de leur appartenance à l'association Ançar Dine. Il faut savoir que c'est cette association qui a financée le centre donc les membres se font le devoir de venir se consulter pour que le centre puisse bien fonctionner. Nous avons rencontré certaines personnes qui ont quitté dernier le fleuve uniquement pour se faire consulter. Ensuite, nous avons ASACKO-NORD avec 28%. Les autres centres autour de 20%. Le CSREF et ASACOBBA n'atteignent pas 20% (18 et 17%).

---

<sup>29</sup> Institut de Médecine Tropicale d'Anvers : Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques dans deux aires de santé au Mali, 2006, protocole provisoire, p2

A part Chérifla, toutes les autres relations sont de relation de parenté ou bien le médecin traitant est le médecin personnel de la famille. Ce motif correspond à 16%. Généralement, les parents ne payent pas la prestation et ne font pas la queue. Cette situation est mal appréciée par certains patients qui se sentent lésés. Certains se permettent même de dire que si tous les patients faisaient de la sorte, le centre n'allait pas bien fonctionner. Mais compte tenu du lien social, le personnel est obligé de faire ainsi sinon il sera considéré comme méchant par les proches et les connaissances ainsi que la société. On associe parenté et service. Le quatrième motif est l'habitude avec 13%. Il faut entendre par habitude, le fait de venir au même centre à chaque épisode morbide. Nous nous sommes rendu compte que certains patients n'utilisent qu'un seul centre quelle que soit la distance ou le motif de consultation. Ce choix est dû à l'ancienneté de la structure. C'est seulement ASACOBABA et le CSREF qui en comptent avec soit 63% ce qui représente 43% des patients de ce centre. Nous pouvons dire que le statut de première structure a une influence sur la fréquentation. Un patient de Sangarebougou et une patiente de Dialakorodji disaient que :

**Encadré 9 :**

Nous venons ici par habitude. Nous ne connaissons que ce centre. Il a été construit quand nous étions jeunes. Nous étions de Banconi, maintenant, nous avons déménagé loin à cause de l'urbanisation malgré tout à chaque fois que nous avons un problème de santé, nous venons ici et après nous profitons pour aller rendre visite à des amis. Presque tout le personnel nous connaît. En venant ici, nous ne pensons pas à la distance, ni au coût.

Ensuite le CSREF a 29% et ASACOKOSA a 20%. Les autres centres ont été construits après 2000 et du coup n'en bénéficient pas.

Le dernier motif du choix est le coût. Nous entendons par coût, les dépenses directes (médicaments, analyses etc.) et les dépenses indirectes (transport, pot-de-vin, etc.). Ce motif ne sera pas totalement compris dans la mesure où nous n'avons pas fait d'enquête ménage. Une enquête ménage aurait permis peut-être de connaître les raisons de la sous fréquentation des centres ainsi que le recours à l'automédication. Pour les patients, la réponse se fera en fonction du coût de l'épisode pour lequel ils sont venus consulter. Nous avons constaté lors de nos focus groups que le coût est un frein au recours aux soins surtout chez les femmes.

Le tableau indique que c'est ASACKO-NORD qui est le plus utilisé pour ses coûts soit 42% du total. Ce choix a guidé 60% de ces consultants. Il est suivi d'ASACOBAB avec 37% soit 28% des consultants. Pour les autres, nous avons 7% des consultants d'ASACOKOSA et tous les autres centres ne dépassent pas 5%. Le seul centre qui n'est pas choisi pour son coût est Chérifla alors que ce centre est confessionnel.

Nous n'avons pas pu avoir des données nécessaires pour faire la consommation médicale. Il faut savoir que les centres ne remplissent pas la partie réservée à cette rubrique dans le rapport. Nous avons été même souvent considéré comme inspecteur de finance quand nous avons voulu savoir le rapport financier des ASACO. C'est le lieu d'appeler à une transparence de gestion puisque les membres sont au service de la population. Les deux centres qui remplissent normalement cette partie sont ASACOBAB et ASACODJAN. Il nous a fallu plusieurs tractations pour avoir celui d'ASACKO-NORD avec l'intervention du médecin chef. Nous voulions seulement savoir la consommation médicale et le taux de recouvrement des centres.

Nous avons eu quand même à constater que le coût moyen d'une ordonnance à ASACKO-NORD étaient 2000 f CFA alors qu'il est de 5000 f CFA au centre Chérifla. Pour une pathologie, on pouvait avoir souvent 6 à 7 médicaments prescrits. L'une des raisons du coût élevé était également les analyses. En effet, nous avons remarqué que chaque cas de fièvre conduisait à une GE ou Widal alors que tel n'était pas le cas dans les autres centres. Ceci est avantageux dans la mesure où le médecin fera un bon diagnostic et tous les cas deviennent des cas avérés. Mais pour la population, c'est le coût qui compte.

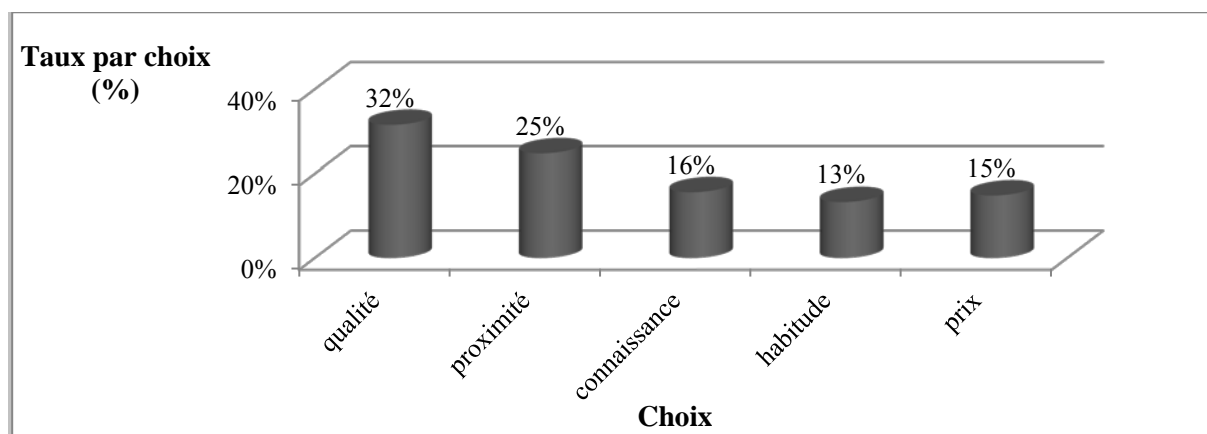
Un jeune de Djanguinebougou disait :

#### **Encadré 10 :**

Quand on a créé le centre, nous étions tous comptants et fiers puisqu'on croyait que le centre allait être moins cher que les autres centres. Nous nous sommes vite rendu compte qu'il était plus cher que les autres. A chaque fois que tu pars là-bas, tu débourses plus de cinq mille francs (5000 F). Maintenant, nous sommes obligés de faire l'automédication ou aller à ASACOBAB. Nous ne faisons pas confiance à ASACODJAN sinon il est le centre le plus proche. Nous voulons nous soigner à Diouroussou mais il faut qu'on nous crée

En conclusion, nous pouvons dire que le choix dépend de chaque patient et de son entourage. Le graphique 35 ci-dessous indique la part de chaque motif dans le choix du centre.

**Graphique 35: Choix du centre**



**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

Lors de nos focus groups, nous avons été interpellé par rapport aux prix des médicaments qui sont chers pour la plupart des femmes de ménage. Elles pensent qu'en diminuant le prix des médicaments, nos centres seront encore mieux fréquentés. Nous ne travaillons pas, ce sont les hommes qui prennent tout en charge or ils ont d'autres dépenses. La qualité concerne 32% contre 25% pour la proximité. Ce sont les deux principaux motifs de consultation. Les autres sont : prix 15%, connaissance 16% et habitude 3%.

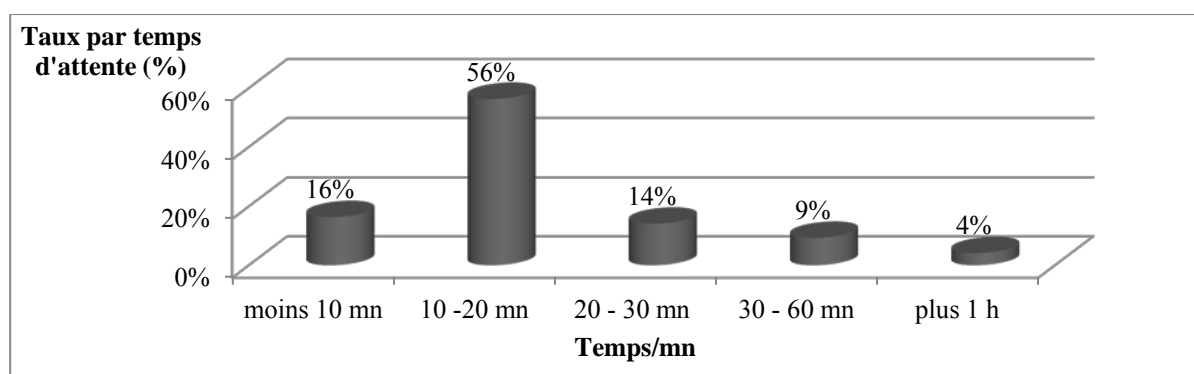
#### **7.2.2. Temps d'attente avant d'être reçu par le praticien**

Il faut savoir qu'il n'existe pas de tri dans les centres que nous avons étudiés. C'est seulement au CSREF que nous avons constaté de tri dû à la présence des spécialités.

Les patients sont obligés en cas de besoin, de faire de longues attentes pour être reçus par le praticien. Ce temps dépend de la structure et des périodes. Mais le graphique 36 montre que 56% des patients sont reçus entre 10-20 mn après l'achat du ticket ; 16% à moins de 10mn ;

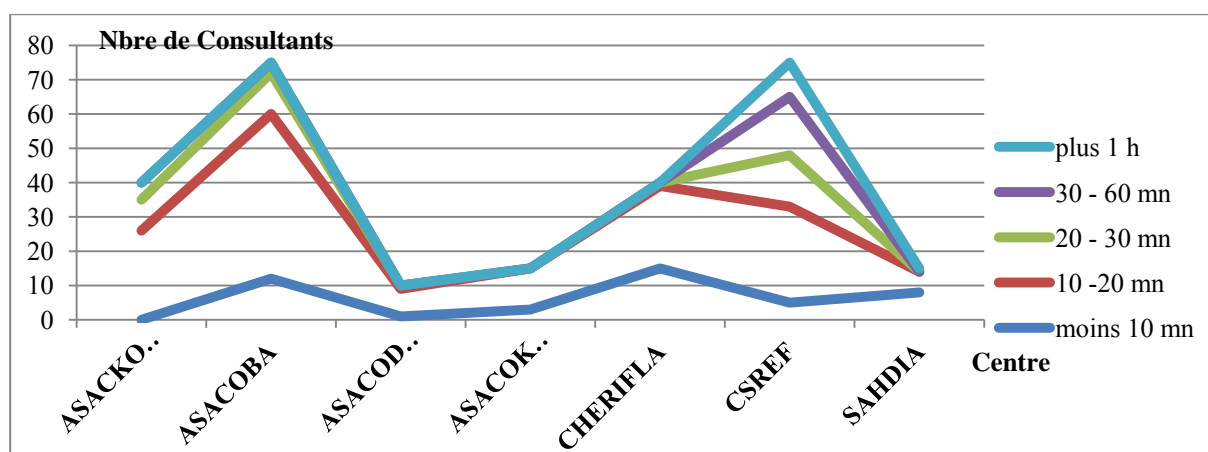
14% entre 20-30mn ; 9% entre 30-60mn et 4% à plus d'une heure. Pour mieux connaître le graphique 37 montre les variations entre les différentes structures. On remarque que le CSREF et ASACOBAB sont les deux centres où les patients perdent beaucoup de temps avant d'être reçu par le praticien notamment le service de la pédiatrie pour le CSREF. Il faut savoir que le CSREF est le seul centre où nous rencontrons un spécialiste en pédiatrie. Le cas de ASACOBAB est dû au nombre de consultants reçus par jour par ce centre. Ces deux centres sont suivis par ASACKO-NORD et Chérifla. Mais le centre où il y a moins d'attente est le centre Sahdia, suivi d'ASACODJAN. Dans ces deux structures presque tous les patients sont reçus avant moins de 20 mn. Souvent, il arrive que le médecin soit en retard ou que les patients attendent pour l'échographie. C'est le cas au centre Sahdia et à ASACKO-NORD où ceux qui font l'échographie ne viennent pas des centres. L'attente est aussi une qualité dans le recours aux soins. Elle détermine le choix de certains patients notamment les hommes qui ne sont pas habitués à faire des longues attentes. *Ils demandent d'ailleurs de faire une salle de consultation pour les hommes où ils ne feront pas assez de temps pour être reçu. S'il faut aller faire le rang au centre et aller chercher le prix du condiment après, nos femmes risquent de se plaindre et les enfants n'auront pas à manger disaient deux jeunes mariés de Djanguinebouyou.*

**Graphique 36: Temps d'attente**



**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

**Graphique 37: Temps d'attente au centre**



**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

Le service fourni par les structures est apprécié par les patients. En effet plus de 90% de nos patients apprécient le service des structures. Cette situation s'explique par le fait que les gens ne font pas directement recours aux soins infirmiers. Alors, s'ils ne sont pas satisfaits des autres soins, ils arrivent le plus souvent au centre où les besoins sont en partie satisfaits.

Moins de 10% des patients pensent que le service fourni est médiocre. Ils s'agissaient généralement des jeunes ou des intellectuels pour qui de nos jours, certains prestataires ne voient que l'argent. Ils s'en fichent du patient ou de ses problèmes. Une femme nous a même confirmé au CSREF qu'elle a été obligée de payer pour que ces enfants puissent avoir une salle d'hospitalisation.

#### Encadré 11 :

Au départ, on m'a dit qu'il n'y a pas de salle d'hospitalisation pour mes deux enfants (jumelles). Quelque instant après, une infirmière est venue me proposer de payer 2000 F CFA c'est-à-dire 1000 F pour chaque enfant pour que les enfants puissent être hospitalisés. Je ne voulais pas au départ, mais j'ai pensé aux enfants et j'ai payé. De toutes les façons, si je ne payais pas, elle allait donner la place à la personne qui payait. Ce problème se rencontre dans tous les centres de santé du Mali. La situation est pire dans les hôpitaux où il faut souvent même payer les injections et les sérums.

Ce même constat avait été fait par H. BALIQUE dans le rapport de la politique hospitalière :

*Contrairement, ce sont les plus démunis qui payent le plus : le jeu des relations sociales conduit en effet le personnel soignant à attribuer en priorité le peu de ressources disponibles aux personnes connues ou recommandées, qui sont généralement les plus aisées.*

*Par ailleurs, les dépenses illicites sont courantes : il faut parfois payer pour avoir un lit, payer pour être opéré, payer pour bénéficier de certains médicaments, payer pour que la perfusion prescrite soit posée, ...<sup>30</sup>. Le personnel soignant même appelle ce fait « buru-buru » c'est-à-dire morceau-morceau en bambara. Certains affirment qu'ils ne sont pas payés et qu'ils sont obligés de faire ça pour survivre. Nous avons remarqué que la plupart du personnel de nos centres sont des bénévoles ou des stagiaires.*

Nous pouvons conclure que l'appréciation ici est due au niveau d'instruction puisque tous ceux qui ont signalé que le service fourni est médiocre avaient au moins un niveau secondaire.

Certains fustigent le comportement de certains personnels qui n'ont de la considération qu'aux personnes bien habillées. *Ces hommes et ces femmes viennent toujours en dernière position mais ils sont toujours les premiers à être reçus. Nous ne pouvons rien contre ça. Si tu essaies de te plaindre, on te demande d'aller aux privés, disait une femme de Layebougou. Ils savent que si nous avons les moyens, nous irons directement aux privés, là au moins, nous serons respectés.*

**Tableau 30: Appréciation du service dans les structures.**

	Mediocre	Passable	Assez bien	Bien	Ensemble
ASACKO-NORD	1	23	1	15	40
ASACOBABA	7	25	2	41	75
ASACODJAN	3	3	0	4	10
ASACOKOSSA	0	6	0	9	15
CHERIFLA	1	6	1	32	40
CSREF	9	24	15	27	75
SAHDIA	0	4	0	11	15
<b>Ensemble</b>	<b>21</b>	<b>91</b>	<b>19</b>	<b>139</b>	<b>270</b>

**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

## 7.2.Types de recours

<sup>30</sup> BALIQUE. H : « La politique hospitalière du Mali et ses perspectives, rapport de fin de mission », 2002, p2

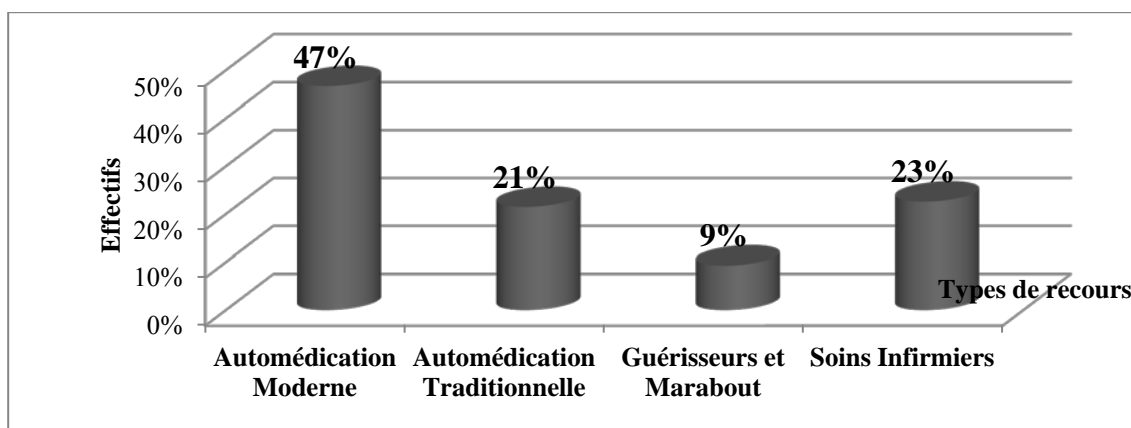


Nos patients utilisent comme partout en Afrique deux types de soins : les soins traditionnels (Automédication Traditionnelle, Guérisseurs, Marabout, etc.) et les soins modernes (Automédication Moderne et Soins Infirmiers).

Le graphique représente la part de chaque type de soins dans le recours.

Il ressort que l'automédication est le recours le plus utilisé soit 68%. L'automédication moderne est le recours privilégié de la population avec 47% du total (126) contre 21% (58 patients) pour l'automédication Traditionnelle. *L'automédication nous permet d'être à l'aise. Souvent, il y a certaines maladies comme les maux de tête ou les courbatures qui ne demandent pas d'aller voir un spécialiste. En essayant d'aller à la pharmacie, ils te diront de payer la plaquette du comprimé alors qu'avec l'automédication, 25 F suffit pour avoir deux comprimés. C'est l'une des raisons qui nous pousse à faire l'automédication moderne. Nous sommes conscients que certains médicaments sont mal conditionnés mais d'autres sont efficaces. Certaines pharmacies se cachent souvent pour s'approvisionner auprès des grossistes qui vendent les médicaments de la rue. Souvent la différence ne tient qu'au conditionnement.* Les soins infirmiers représentent 23% soit 61 patients. Quant aux guérisseurs et marabouts, ils représentent 9% soit 25 patients. Nous n'avons tenu compte que du premier recours pour voir les types de soins. Il faut savoir que nous avons regroupé les guérisseurs et les marabouts puisqu'une seule personne a utilisé le marabout comme premier soins. Généralement, le marabout est consulté pour les maladies chroniques ou les maladies dites de mauvais œil. Ensuite le recours simultané à plusieurs recours est la manière la plus utilisée. Elle est due à la non guérison de la maladie lors du premier recours. Le recours à l'automédication sous toutes ses formes est justifié selon certains patients par la disponibilité des médicaments et surtout son coût abordable. L'itinéraire ci-après permet de bien comprendre le recours simultané. Le choix de cette simultanéité est due au fait que selon les patients certaines pathologies ne peuvent être guéries par un seul type de soins. Nous pouvons retenir : le paludisme, les maladies gastro-entériques; la diarrhée des enfants (dentition), etc.

### Graphique 38: les types de soins



**Source :** Enquête de terrain novembre 2011.

**Certains patients affirmaient :**

**Encadré 12 :**

Le paludisme et toutes les maladies liées ne peuvent être que calmées par la médecine moderne. Les injections, les sérums ne guérissent pas mais soulagent donc, il faut les compléter par les soins traditionnels qui permettent d'éradiquer la source de ses maladies.

C'est pourquoi nous utilisons le recours simultané. Quand certaines personnes ont le paludisme, elles vomissent le jaune, c'est le signe que le paludisme siège dans nos ventres et la médecine traditionnelle permet d'enlever le jaune. Si vous voyez que nos malades ne se guérissent pas et ont le plus souvent des complications (gastro-entérites, hépatite, etc.) c'est parce que nous ne faisons plus recours à la médecine traditionnelle. Les deux types de soins sont obligatoires et complémentaires pour bien soigner le paludisme. Vous savez que la source de plusieurs maladies vienne de la non guérison du paludisme.

Quand tu traites le paludisme avec les injections ou les sérums, chaque fois que tu as le paludisme, il faut reprendre les mêmes traitements sinon les comprimés ne servent plus à rien.

Ces mêmes propos sont tenus tous les jours dans les stations radio de la capitale. Plusieurs patients pensent en effet que le paludisme ne peut pas être bien traité par les soins modernes.

Les figures 3 et 4 tracent bien l'itinéraire thérapeutique de nos patients.

**Figure 3: Itinéraire d'une femme dans la zone d'étude**



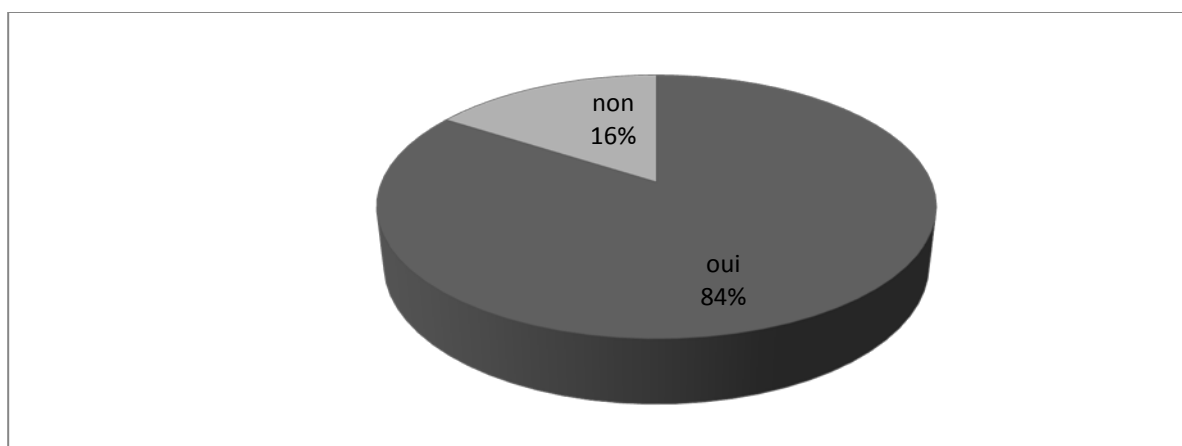
### 7.3. Itinéraire thérapeutique

Nous avons voulu savoir si les patients avaient fait d'autres soins avant de venir au centre : c'est l'itinéraire thérapeutique.

*Il peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation, ou décès) (Diakité et al, 1990).*

Le constat montre que 84% des patients avaient pratiqué d'autres soins. Ce qui confirme que les soins infirmiers ne sont pas les premiers soins en cas d'épisode morbide. Sur les 270 patients, 227 avaient fait d'autres soins contre 43 patients (16%) qui sont venus directement au centre. Nous avons donc utilisé comme DIAKITE B.D et al en 1990 et NIANG .A en 1997, l'arbre pour tracer l'itinéraire thérapeutique des patients de notre zone d'étude. Les types d'itinéraires rencontrés dans l'enquête sont représentés ci-après par l'arbre du recours sur lequel apparaissent les effectifs à chaque étape.

### Graphique 39: Utilisation d'autres soins

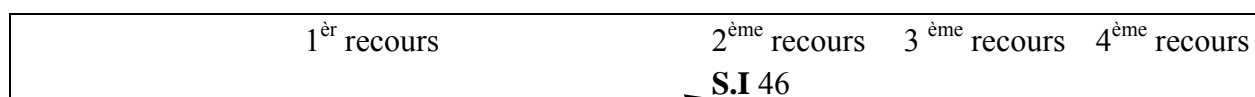


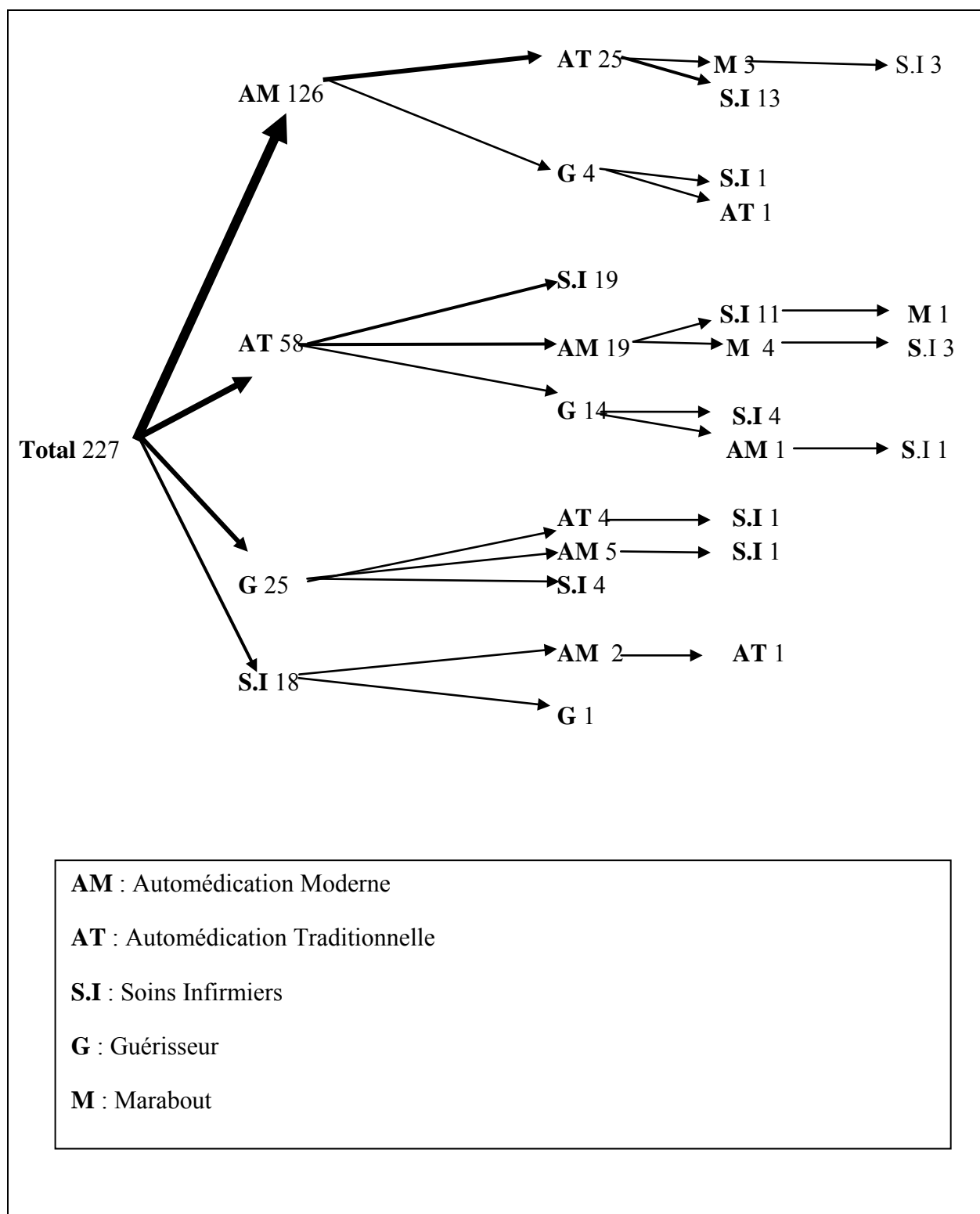
**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

Parmi notre échantillon, il y a 227 patients qui ont subi plusieurs traitements lors du dernier épisode morbide. Parmi eux, (143) soit 63% ont eu recours à deux traitements ; 41 patients soit 18% ont recours à un troisième traitement et 8 soit 3% ont même eu recours à un quatrième recours. L'effectif diminue au cours de chaque étape. Nous remarquons que l'automédication est le premier recours. Dans l'ensemble, elle concerne 81% du premier recours dont 55% pour l'automédication moderne. Elle est rarement le dernier recours. 35% de ceux qui ont pratiqué l'automédication reversent dans les soins infirmiers alors que ceux qui pratiquent au premier recours les soins infirmiers choisissent rarement l'automédication au second recours. Il faut savoir que nous n'avons pas tenu compte de ceux qui continuent avec le même recours c'est-à-dire du CSCOM au centre de santé. La plupart de ceux qui ont pratiqué plusieurs recours ont été rencontrés au CSREF. L'utilisation d'un autre recours dépend également du type de maladie. Les maladies chroniques font l'objet de plusieurs

recours. Plus la maladie ne se guérit pas, plus on fait recours à d'autres soins. Les maladies qui dépassent trois jours font le plus souvent l'objet d'un recours simultané.

**Figure 4: Arbre du recours**





**Source** : Enquête de terrain novembre 2011

Nous avons demandé aux patients, les deux principaux problèmes auxquels ils sont confrontés. Il ressort de l'enquête que c'est la qualité des soins qui semble être le premier problème 24%. Nous avons signalé plus haut que la qualité regroupe plusieurs paramètres

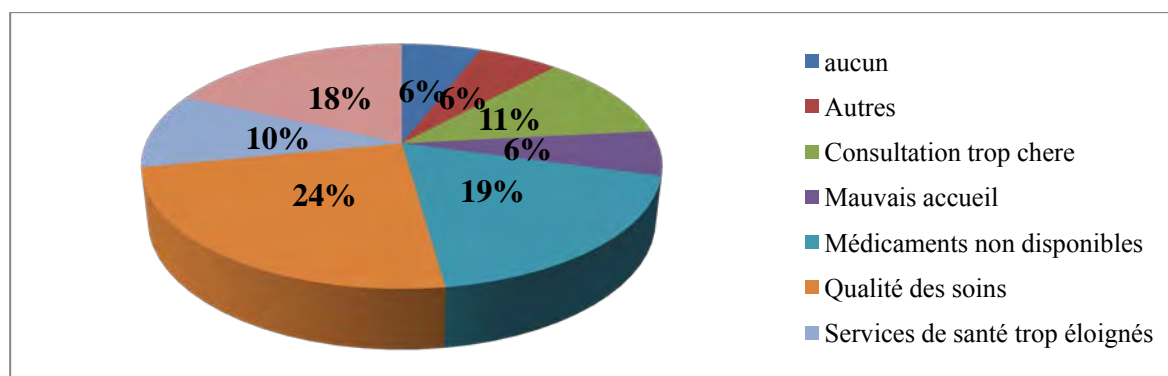
(soins, accueil, coût, accès et accessibilité, etc.). Elle est suivie par la non disponibilité des médicaments aux centres. En effet, les patients ne comprennent pas qu'on ne retrouve pas certains médicaments dans les pharmacies des CSCOM. Ils veulent qu'en cas de maladie, ils retrouvent tous les médicaments sur place. Sinon aucune de nos structures ne connaissent une rupture de médicaments. Les seuls médicaments qui sont souvent en rupture sont ceux distribués gratuitement par l'Etat notamment les médicaments pour la tuberculose, le paludisme pour la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans, ainsi que le Kit pour la césarienne. Certains mêmes affirment : *« chaque fois, on est obligé d'aller chercher le reste des médicaments dans les pharmacies privées. Cette situation nous agasse. Souvent aussi, si tu amènes une ordonnance qui n'a pas été prescrite au centre, ils refusent de nous les vendre alors que c'est moins cher au centre qu'ailleurs »*.

Les services non disponibles représentent 18%. Il s'agit ici surtout des services comme la pédiatrie, la gynécologie et l'ORL. Ces propos ont surtout été rapportés par les gens de Banconi et ceux qui viennent des communes limitrophes (Dialakorodji, Moribabougou, N'Gabacoro Droit et Sangarebougou). Ils font souvent plus de 5 Km pour venir au centre de santé. Toutes ces communes ont un taux d'accroissement supérieur à 10% selon le dernier RGPH. Leurs deux principaux problèmes restent la non disponibilité des services et la distance. Il faut savoir que 11% des patients pensent que la consultation est chère. *Ils pensent que payer 500F pour la seule consultation est difficile pour eux. Il faut ensuite payer les médicaments et les analyses or souvent tu te retrouves avec moins de 1000 F alors que tu as besoin d'aller au centre. Nous sommes obligés en ce moment de faire recours à l'automédication qui nous coûte moins chère*. Les autres problèmes sont le mauvais accueil 6% ; les autres problèmes 6%. Ces problèmes sont surtout le manque de considération, l'absentéisme du personnel de la santé. Nous nous sommes rendu compte de cette situation lors de notre séjour. En voulant chercher les registres, nous avons constaté que certains personnels étaient absents au-delà de 9 h au lieu de 8 h notamment au CSREF. D'autres viennent et rentrent aussitôt pour aller s'occuper d'autres choses ailleurs. *Le manque de qualification est un problème essentiel que nous rencontrons disait un jeune de Zékénékorobougou puisque de nombreux infirmiers et aides soignants sont des recalés de l'école. Ils profitent des moyens de leurs parents pour faire des écoles de santé. Ces écoles poussent comme des champignons à Bamako. Certains n'ont même pas le Diplôme d'Etudes Fondamentales (DEF). Ils n'ont pas la qualification nécessaire pour prendre en charge un secteur aussi essentiel que la santé. Ces gens qui ont payé chers leur formation ne voient que*

*l'argent, ils s'en fichent de la morale. Nous avons également 6% des patients qui ne rencontrent aucun problème. Au contraire, disent-ils, le personnel soignant fait beaucoup d'efforts pour la population. Les autorités doivent en tenir compte. Mais pour les femmes de Banconi, le premier problème qu'elles rencontrent à l'ASACOBAB est celui de l'échographie. En effet, chaque fois que tu fais l'échographie à l'ASACOBAB, le médecin se plaint de l'image alors que c'est ici qu'on peut trouver moins cher (4000 F) contre (7000 à 10 000 F) pour les autres centres. Nous sommes obligés d'aller faire ailleurs sinon on va nous obliger à faire une autre échographie. « Interpellé lors de notre entretien, le président de l'ASACOBAB se dit conscient de cette situation. Ils ont voulu changer l'appareil à plusieurs reprises mais souvent les charges font qu'on ne peut pas investir plusieurs millions d'un seul coup. Nous avons la promesse d'un bailleur qui doit renouveler la structure courant 2012. Ils vont changer tous le matériel et amener de nouveaux appareils et construire une nouvelle maternité pour les femmes. Cela permettra de renforcer davantage nos capacités ».*

*« L'autre difficulté est qu'on nous demande de payer 1000 F pour la vaccination des enfants si tu n'as pas accouché à l'ASACOBAB or on nous dit que l'enfant peut être vacciné partout gratuitement ; qu'il suffit d'avoir le carnet de vaccination. Quel que soit le carnet que tu disposes, on te demande de payer 1000 F sinon ton enfant ne recevras pas la dose de vaccin. Cette situation nous agasse énormément. C'est comme une sanction ou une obligation d'accoucher au centre » propos des femmes de Plateau.*

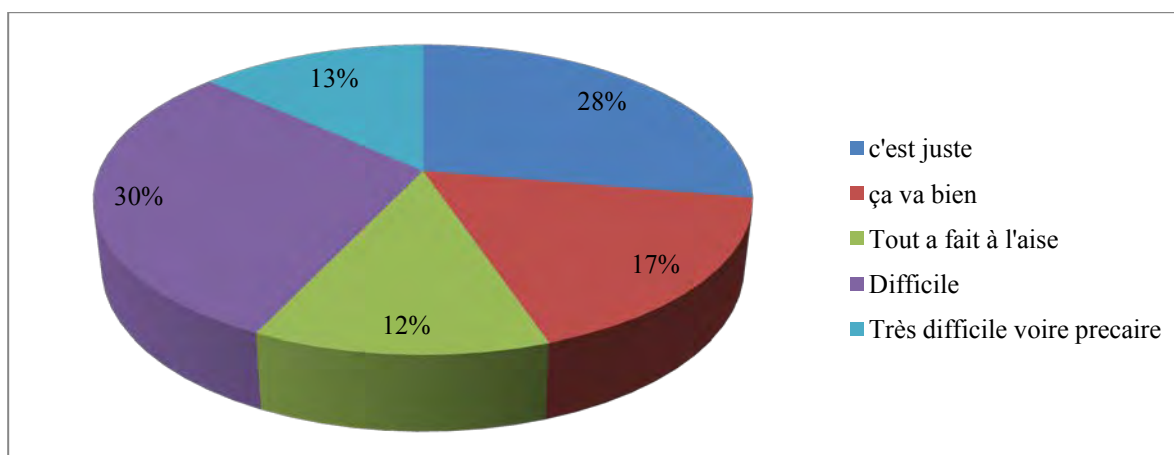
**Graphique 40: Les problèmes lors de la consultation**



**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

**Graphique 41: Appréciation par rapport au coût**





**Source :** Enquête de terrain novembre 2011

Par rapport au coût des soins, 30% de nos patients pensent que le coût des soins est difficile à supporter à cause des autres charges du ménage. S'il faut à chaque épisode payer souvent plus de 5000 F, il est évident que nous disons que le coût est difficile. Souvent, il peut y avoir plusieurs épisodes. Dans ces cas, nous sommes obligés de faire appel aux autres parents. Pour une femme de l'association, s'il faut faire en plus des analyses comme l'échographie ou la radiographie, les hommes préfèrent qu'on fasse d'autres recours. 13% de l'échantillon pensent également que le coût des soins est très difficile voire précaire. Au total, 43% de nos patients pensent que le coût des soins est difficile à supporter. Au contraire, 57% pensent que le coût est supportable, parmi eux, 28% disent que le coût est juste, 17% disent que ça va bien et 12% sont à l'aise par rapport au coût. En définitive, 6 problèmes ont été relevés par la population pour une amélioration de la santé. La résolution de ces problèmes permettra une meilleure fréquentation des structures de soins construites pour elle. 43% de la population ne sont pas satisfaits de l'état actuel de la santé et pensent que la politique ne favorise pas une meilleure fréquentation. Cette même observation avait été faite par DIAKITE et al en 1990 à Banconi, JAILLY en 1989 à Bamako, RIDDE en 2004 (Initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, Douze ans après l'IB : Constats et implications politiques pour l'équité aux services de santé des indigents africains), BALIQUE en 2002 (Politique hospitalière du Mali et ses perspectives), ....

Nous pouvons conclure que des efforts restent à faire pour une réduction du coût des soins. En effet, nous sommes dans une zone où la majorité de la population est ouvriers ou artisans. Ils n'ont pas de salaire. Il est difficile de prendre en charge dans ces conditions le ménage et de s'offrir des soins de qualité. La politique de santé repose sur l'équité, or cette équité se fait au détriment de la population. Dans tous les centres que nous avons étudiés, pour que le patient

puisse être consulté, il faut qu'il paie d'abord le ticket au comptant. C'est la raison pour laquelle, beaucoup de gens préfèrent se rendre auprès des tradithérapeutes et les vendeurs des médicaments par terre. Ceux-ci dans certains cas peuvent leur faire crédit.

En dehors du centre de référence et le centre Chérifla, les autres centres n'ont pas fait d'action sociale pour les patients indigents. Pour le centre Cherifla, ce sont surtout les membres de l'association qui bénéficient des prises en charge gratuites. Malheureusement, nous n'avons pas eu le nombre d'indigents pris en charge par ces deux structures. Les autorités communales doivent penser à créer un fonds de solidarité dans les différents CSCOM. La santé est le bien le plus précieux qu'une autorité peut rendre à sa population.

Mais, il serait intéressant de développer les actions de prévention telles que l'assainissement, l'hygiène et la sensibilisation pour que la population comprenne « *qu'il vaut mieux prévenir que guérir* ».

#### **7.4. Les acteurs de la santé**

Comme dans la plupart des pays, les acteurs de la santé au Mali sont : l'Etat, les collectivités décentralisées, les ASACO et les partenaires

##### **7.4.1. L'Etat**

L'Etat est l'acteur principal de la santé dans un pays. En effet, il élabore à travers ses services, la politique de santé du pays, décide de la construction des centres de santé et hôpitaux. Il délègue ses pouvoirs aux autorités administratives et locales pour que la santé puisse être une réalité. Mais force est de constater que nos structures de soins ne fonctionnent pas bien et que l'Etat a le devoir de prendre en charge sa population. La création de l'Assurance Maladie Obligatoire si elle est comprise, acceptée et bien utilisée pourrait être une source de financement pour les indigents. Les services étatiques doivent revoir l'autorisation de construction de certains centres privés qui ne respectent pas l'éthique et la morale. Le médecin du district doit obligatoirement avoir l'autorisation de superviser l'ensemble des structures qui se trouvent dans son district. Il doit en outre obliger les CSCOM à fournir un bon rapport de l'ensemble des états (financiers, morbidité, etc.). La politique de santé doit répondre aux aspirations de la population. L'Etat doit accorder plus de soutien aux structures qui en souffrent (personnel, local, etc.). Mais, nous avons trouvé partout que les salaires du personnel est souvent assuré à 90% par l'ASACO, ce qui l'empêche de faire de gros investissements. L'Etat intervient peu dans ce domaine faute de moyens et d'aspiration politique. L'Etat pourrait encourager les structures qui n'ont pas les moyens de recruter les personnels qualifiés

comme les sages femmes. Nous avons remarqué que beaucoup de structures souffrent du manque de personnel. Il doit également veiller à la répartition équitable du personnel à travers tout le pays. Nous avons constaté que les fonctionnaires refusent d'aller servir en milieu rural alors que les besoins y sont réels. Tout le monde veut rester à Bamako ou dans les grandes villes et l'Etat se contente de voir les choses. Il suffit d'avoir un parent au ministère ou d'avoir les moyens pour changer les mutations.

#### **7.4.2. Les autorités communales**

Avec la politique de décentralisation, la santé fait partie des domaines qui ont été transférés aux collectivités locales. Mais force est de constater que les collectivités ne font presque rien pour la santé de la population. Partout où nous avons passé, nous avons trouvé le même constat à savoir que la mairie n'accorde aucune subvention aux CSCOM. Son intervention se limite le plus souvent à la mobilisation pour les JNV et à l'octroi souvent de quelques matériels. *« Selon G. COULIBALY, membre de l'ASACO de ASACODJAN, la mairie ne fait rien pour eux alors que nous sommes en location. Même si elle ne peut pas nous fournir du personnel, elle peut au moins prendre en charge l'eau et l'électricité qui sont des charges récurrentes qui pèsent sur le budget de l'ASACO »*. Ce même propos a été soutenu par le président de l'ASACOBAN qui disait : *« qu'au lieu que la mairie prend en charge l'eau et l'électricité, elle nous amène des climatiseurs et des congélateurs qui augmentent nos charges d'électricité. Nous souhaitons qu'elle prenne en charge l'eau et l'électricité. Nos relations avec la mairie se limitent aux rencontres pour l'élaboration du budget et du plan opérationnel. Nous n'avons jamais assisté à l'exécution d'un programme »*.

Quant aux agents de la mairie, ils disent que les ASACO gagnent suffisamment d'argent et ne payent pas d'impôts. Ils peuvent se prendre en charge mais c'est la mauvaise gestion. Nous n'avons pas un pouvoir de contrôle sur elles. Il est difficile dans ces conditions d'investir alors que la commune a d'autres priorités. Notre souci majeur est comment d'assainir la commune pour qu'on puisse réduire les maladies liées à l'eau et à l'environnement.

Il est évident que pour une bonne gestion de nos structures, l'Etat doit revoir la convention et les mairies doivent siéger dans les ASACO. Elles doivent obligatoirement apporter un soutien à tous les CSCOM.

#### **7.4.3. Les partenaires**

Les partenaires de la santé sont les ONG, les associations et les partenaires techniques et financiers. Leur action est importante dans le domaine de la santé. En effet, ils appuient les

structures dans tous les domaines. Ils sont à la base de la construction et du renouvellement de nombreuses structures (ASACOBAB, ASACOSISOU, ASACOMSI, etc.). Ils participent à la sensibilisation, aux travaux notamment les relais communautaires. Ils ont aussi un pouvoir de dissuasion sur les structures qu'ils financent. Ils participent au paiement de salaire de certains personnels à travers le fonds PPTE et les jumelages. Presque toutes les structures ont un partenaire qui l'appui dans son fonctionnement mais souvent cet appui n'est pas suffisant.

#### **7.4.4. Les Associations de Santé Communautaires (ASACO)**

Ce sont les acteurs majeurs des SSP. Elles représentent la population. Elles sont à la base de toute décision concernant le bon fonctionnement des centres. Elles sont chargées de l'achat des médicaments, de l'élaboration de la politique à mener, etc. Elles recrutent le personnel médical, vendent le ticket modérateur. Elles sont composées d'un organe de gestion, du conseil d'administration et du comité de surveillance. Ces membres défendent la structure dans les réunions. Le président de l'ASACO est la première personnalité du centre. Il est à la tête du conseil d'administration du centre. Les membres du bureau sont élus lors de l'Assemblée Générale des adhérents. Partout, nous avons trouvé une faible adhésion de la population aux ASACO. Le taux d'adhésion n'atteint 10% dans aucune structure. *« La raison pour le président de l'ASACOBAB est due au fait que tout malien naît dans un groupe et évolue dans un groupe. De ce fait, il ne sent pas la nécessité d'adhérer à une autre association. Même si vous demandez aux hommes politiques de montrer leur carte d'adhésion, vous risquerez d'être déçu et pourtant ils participent à toutes les actions du parti. Le même constat peut se faire au niveau des deux grands clubs du football malien à savoir le Djoliba et le Stade Malien, après un match du champion, il faut demander aux supporters qui ont crié et même battu de montrer leur carte, moins de 5% pourront vous montrer leur carte »*. Cette situation semble être une réalité au Mali, mais elle ne pourrait à elle seule expliquer le manque d'adhésion.

Lors de l'entretien avec les jeunes, il fut surtout question du comportement de l'ASACO. Les jeunes pensent que les personnes âgées ne veulent pas d'eux au sein de l'ASACO. Ils pensent que les membres sont payés sur le fonds de l'association. C'est la raison pour laquelle, ils n'osent pas adhérer par respect aux aînés. Mais, nous avons constaté que les jeunes ne savaient pas en réalité le mode d'adhésion. Contrairement à beaucoup de pays et localités, l'adhésion de nos ASACO se fait par ménage et non par individu. Pour adhérer, le chef de ménage vient avec son carnet de famille et paie 500 F comme droit d'adhésion du ménage. Il est du devoir de l'ASACO d'informer la jeunesse puisqu'au moment où on créait le centre, ils

étaient tous petits. Il est important de changer de stratégie. La stratégie adoptée est de passer par les leaders communautaires qui ne partagent pas souvent les informations. Les femmes quant à elles, siègent dans l'association à tous les niveaux. Il serait intéressant d'associer la jeunesse à la gestion du centre.

Les ASACO doivent également voir le cas de nombreux bénévoles et stagiaires qui travaillent nuit et jour au centre. Il serait intéressant de les encourager pour une bonne performance des centres. Mais force est de constater que ces bénévoles et stagiaires font souvent plus de 5 ans sans être recrutés alors que les centres font des bénéfices qu'ils versent dans les banques. En investissant une partie de cet argent pour encourager les bénévoles, la fréquentation pourrait augmenter. Cette situation réduirait énormément le temps d'attente dans nos centres. Nous avons remarqué partout une insuffisance de personnel notamment les sages femmes.

Nous avons également constaté qu'il n'existe pas souvent une bonne relation entre le personnel de santé et les membres de l'ASACO. Ces derniers pensent qu'il ne doit avoir entre eux qu'une relation d'employeur-employé alors que le personnel est à la base de tout. Il doit participer à tout le processus puisqu'il connaît le domaine que les membres de l'association. Dans certains centres, le personnel se sent lésé et participe rarement dans les prises de décision. Cette situation pourrait avoir une influence négative sur leurs activités.

Nous pouvons dire pour conclure cette partie que la gestion de la santé est une affaire de tous. La santé dépend de plusieurs paramètres et chacun d'eux doit être considérablement pris en compte pour assurer une bonne santé. Les acteurs doivent se concerter à toutes les étapes. Chaque acteur doit assurer pleinement son rôle. La population doit accompagner l'ASACO qui à son tour doit partager l'information. L'implication de la population est une nécessité pour la bonne marche d'une structure de santé. En effet, elle est la première bénéficiaire et l'utilisatrice principale des CSCOM.

## **CONCLUSION GENERALE**

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien être, physique, mental et social et ne constitue pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est l'affaire de toutes les disciplines notamment les sciences sociales. En effet, les pratiques sociales et les

politiques peuvent avoir des conséquences sur la santé de la population dans un espace donné. La géographie étant une discipline de l'espace pourrait contribuer pleinement à la compréhension de ces phénomènes. PHICHERAL définit la géographie de la santé comme l'étude spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements, et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé. *Son approche a une grande importance à la prise de décisions travers la mise au point des zones de polarisation et des zones de marginalisation (NIANG, 1997).*

L'étude du recours aux soins dans la ville de Bamako à travers l'offre et l'activité des centres de santé de la commune I se voulait originale.

Elle a permis de révéler que la commune I souffre énormément du manque d'infrastructures socio-économiques. Cette situation fait de la commune une zone d'insalubrité et de risques de tout genre, exposant ainsi la population aux maladies liées à l'environnement. Malgré des efforts déployés, l'approvisionnement en eau potable reste un défi pour la commune en général et les quartiers de Banconi, Sikoroni et Doumanzana en particulier.

La majorité de la population vit dans les quartiers pauvres dépourvus d'infrastructures et de moyens.

La situation des autres infrastructures aussi laissent à désirer. La population doit adopter des comportements en faveur de l'assainissement, de l'hygiène et certaines pratiques sociales qui constituent également des risques graves pour la santé des enfants et des femmes.

L'étude de la desserte montre une bonne accessibilité géographique de tous les centres de santé de la Commune I. La desserte médicale compte tenue de la présence des privées est suffisante mais il existe une disparité entre quartier. Certains quartiers sont bien desservis notamment les zones résidentiels et les zones de recasement alors que les anciens quartiers souffrent du manque d'infrastructure de spécialité. Quant à la desserte en personnel soignant, elle reflète la même situation que la desserte médicale. Korofina semble avoir une meilleure desserte partout que Banconi à part les pharmacies (13 703 contre 8659). Les efforts doivent se poursuivre pour que Banconi compte tenu de sa croissance rapide puisse bénéficier des services de spécialités comme la pédiatrie ou la gynécologie.

Les structures de soins polarisent presque tous les quartiers de la commune et ceux des communes limitrophes. Le quartier de Banconi a le plus grand nombre de consultants dans tous les centres. La proximité joue sur la fréquentation des quartiers et des communes limitrophes. Mais le principal constat est que ASACOB A a plus de consultants que le centre de référence soit 40 681 contre 37 097 soit un écart de 3 584.

ASACODJAN et ASACOKOSA sont les deux centres qui n'ont pas une grande zone de polarisation.

L'étude de la morbidité fait ressortir la prédominance des maladies évitables (paludisme, IRA, diarrhées) mais aussi la prédominance des maladies émergentes et chroniques notamment chez les femmes et les personnes âgées. Les facteurs climatiques et les pratiques sociales favorisent ces maladies.

Les femmes et les enfants constituent les principaux utilisateurs des centres de santé. Plusieurs paramètres influencent le recours (qualité, proximité, connaissance, habitude et le coût des soins).

Le premier recours de la population reste l'automédication notamment l'automédication moderne. Les centres de santé restent les lieux privilégiés des derniers recours. Les populations font plusieurs recours pour un même épisode morbide. Les maladies qui dépassent trois jours font le plus souvent l'objet d'un recours simultané. L'utilisation d'un autre recours dépend également du type de maladie. Les maladies chroniques font l'objet de plusieurs recours. Plus la maladie ne se guérit pas, plus on fait recours à d'autres soins.

La plupart de ceux qui ont pratiqué plusieurs recours ont été rencontrés au CSREF.

Les principaux problèmes sont la qualité des soins, la non disponibilité des services et des médicaments ainsi que l'éloignement des structures pour les communes limitrophes.

43% des patients pensent que les coûts des soins sont difficiles à supporter.

Enfin, aucun quartier n'a un bon taux de fréquentation et aucune structure n'a un meilleur taux d'utilisation. Ils sont tous en deçà des indicateurs de l'OMS (70%).

Les habitants de Korofina Nord préfèrent les soins privés alors que ceux de Banconi font recours à l'automédication, aux soins traditionnels et aux CSCOM.

Les différents acteurs ne s'impliquent pas énormément à la gestion et à la prise en charge de la santé. Il existe une méfiance entre les différents acteurs de la santé en Commune I.

Au terme de cette étude, nous pouvons faire des propositions pour une meilleure fréquentation et une meilleure amélioration de l'état de santé de la population. Il s'agit de:

### **1- La gestion de l'environnement**

La gestion de l'environnement reste le premier risque sanitaire en Commune I. Les autorités communales, les populations et les partenaires doivent considérer cet aspect. En effet, il a toujours été démontré que la prévention est le meilleur moyen de lutte contre une maladie et que son coût est toujours inférieur au coût des soins. Les populations doivent comprendre qu'elles sont les premières victimes d'un environnement délétère. Chacun à son

niveau peut prendre de simples décisions (creusement des puisards, organisation des ordures ménagères, etc.) pour assainir l'environnement. Les autorités communales doivent encourager toute initiative dans ce sens.

## **2- La prise en compte des spécificités locales dans la mise en place des centres de soins**

En effet, il ne s'agit pas de créer des centres mais de tenir compte du pouvoir d'achat de la population qui l'utilise. Les populations sont conscientes que les soins modernes restent les meilleurs soins mais compte tenu de leur pouvoir d'achat, ils sont obligés de faire recours à l'automédication moderne pour soulager leur mal. Cette situation les expose à d'autres risques. Le coût des soins paraît difficile à supporter par la population.

## **3- Revoir le statut de certains centres**

Compte tenu de l'affluence dans certaines structures, il serait mieux de leur accorder un statut particulier. Le quartier de Banconi pourrait ainsi bénéficier des soins adaptés à sa croissance démographique. Le centre Chérifla ou ASACOBAN peuvent jouer ce rôle dans la mesure où ils bénéficient déjà des infrastructures. L'un ou l'autre peut être pris comme centre de référence. On pourrait ainsi rattacher les quartiers de Sikoroni et la Commune de Djalakorodji à cette nouvelle création. Cette situation soulagera la population de Dialakorodji qui est déjà la première utilisatrice d'ASACOBAN.

## **4- Appuyer les centres en difficulté**

Nous avons remarqué que certains centres souffrent d'énormes difficultés et ont besoin d'assistance notamment ASACODJAN et ASACOKOSA. Les centres qui ne bénéficient pas également de personnel suffisant peuvent ainsi faire face à leur difficulté. ASACOBAN ne dispose que d'une sage femme et Chérifla n'a en aucune sage femme. Il serait intéressant de voir cet aspect pour une meilleure prise en charge des FAR.

## **5- Revoir le mode de gestion des ASACO**

Il serait intéressant de revoir le mode de gestion des ASACO. La santé est un domaine compliqué qui demande beaucoup d'investissements et beaucoup d'acteurs. L'Etat doit permettre la participation du conseil communal dans la gestion de la santé. Elle les permettra d'appuyer financièrement et matériellement les centres en même temps, elle pourrait renforcer la gestion des structures. Cette participation permettra d'avoir une tarification unique pour les médicaments. Nous avons remarqué souvent une différence de 300 F entre deux pharmacies. Par exemple le paracétamol sirop est vendu à ASACKO-NORD à 400 f alors qu'il est à 700 F à ASACOBAN. Les exemples sont nombreux.



On pourrait également permettre une bonne participation aux actions en revoyant le mode d'adhésion à l'ASACO. Au lieu que l'adhésion soit par ménage, on pourrait essayer par adulte.

Loin d'être un travail parfait, ceci n'est qu'une petite contribution à la compréhension du phénomène complexe de la santé dans deux quartiers différents. Les critiques et les suggestions dans le but de l'améliorer seront les bienvenues. D'autres études permettront de comprendre davantage l'inégalité de santé dans le district de Bamako à travers une approche des sciences sociales.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**AG IKNANE.M.K, KANTE .N, SANGARE.K :** « Comprendre l'impact de la Décentralisation sur les services de santé de la reproduction au Mali, ASACOBAB », INRSP, Sep 2006

**Agence d'Urbanisme et d'Aménagement Abdaty KOUNTA :** « Plans d'urbanisme sectoriels de la commune I du district de Bamako », 2010, 144p ;

**BA.Y.S :** « Accès aux soins de santé primaires dans la commune d'arrondissement de Yeumbeul sud: Analyse géographique », Mémoire de maîtrise, UCAD, 2009, 103p;

- **BALIQUE. H** (Ministère de la santé du Mali) : « Politique hospitalière du Mali et ses perceptives », Rapport de fin de mission, 2002, 35p;

- **BALIQUE. H et al** : « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », santé publique 2001/1, Vol 13, pp 35-48;

- **BLANC. J**, Planification de la santé en Afrique. In tiers-Monde. 1972, tome 13n°51.pp. 491-518

-**BASSET (B)** : « Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé ». Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208P;

- **BERAUD. C** : « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue des acteurs ». In les sciences sociales et santé. Volume 20, n°4,2002 pp.37-74;

**BERTRAND. (M)** : « Gestion foncière et logique de projet urbain ; expériences comparées en Afrique occidentale francophone et anglophone, Historiens et Géographes, n°379, 2000, pp76-90 ;

**BERTRAND. (M)** : « Marchés fonciers en transition : le cas de Bamako (Mali) » in Annales de géographie, 1998, T107, n°602, pp381-409 ;

**BOURDARIAS. (F)** : « La ville mange la terre : désordres fonciers aux confins de Bamako », journal des anthropologues [en ligne], 77-78/1999, mis en ligne le 01juin 2000 ; URL : <http://jda.revues.org/3072>

**BOURY. (F)** (2002) : « Géographie de l'offre de soins et aménagement du territoire en Aquitaine », mémoire de DEA, Paris IV, 108 p disponibles en ligne sur : <http://www.memoireonline.com/.../>

-**Bureau International du Travail** : « Stratégie et Technique contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », 2002, 55p;

- **CADOT. E et HARANG. M** : « Offres de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. Exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », 2006, 339p;

**CARILLON. (S)** : « Approche anthropologique des ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH : l'exemple de Kayes (Mali) », CEPED, Paris, 18p

**-CASEIRO. S. P, CUNINGHAM G, ALCOUCE. E** (2007) « Rapport d'immersion en communauté, sensibilisation SIDA au Mali », 41P;

**-Centre de documentation en santé publique** : Epidémiologie et santé publique, Conférence de 2004, 5p;

**- COULIBALY. S, D DESPLAT, Y KONE, K NIMAGA, S DUGAS, G FARNARIER, M SY, H BALIQUE, OK DOUMBO, M Van DORMAEL** : « Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali », 2007, 9p;

**DIARRA. (C.O)** : « Le Mali de Modibo KEITA », Paris, Harmattan, 1986 ;

**DRAME. (F.M)** : « Une géographie de la santé de la reproduction de l'offre de soins aux pratiques spatiales des femmes à Dakar (Sénégal), thèse de doctorat en géographie de la santé, Université Paris X, 2006, 385p

**- FOURNET. F – RICAN. S- SALEM. G** : Environnement urbain et santé, 2006, Chapitre XXX, 20p

**GOBBERS. (D)** : « L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest » ; Actualité et Dossier en Santé Publique, n°38, pp71-78 ;

**GWENAELL. (R)** : « Processus d'intégration des villages périphériques dans le système d'approvisionnement de Bamako, ECHO GEO, n°11, 2010, 26p

**- HALLAN. H, RANDAL S** : « Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali ». In population 39<sup>e</sup> année, n°6, 1984, p.p.921-946;

**- JAILLY.B. J** : « se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales », Karthala-ORTOM, 1993, 337p;

**-Journal Du Sida** : l'accès aux soins au Mali : un modèle de volonté politique et de mobilisation associative, 2005, 2p ;

**-Journal Officiel du Mali** : « Loi n°-02-049---/du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé au Mali », 11p ;

- **KANTE. N**, Systèmes et politique de santé Maliens : Processus historique de la participation communautaire, INRSP, 2006, 9p;

-**KODIO. (B), ETARD J F** : « Evolution récente de la mortalité infantile à Bamako, Mali ». In population 52<sup>e</sup> année, n°2, 1997 pp. 381-398;

- **KONATE M. K -Bakary KANTE- Fatoumata DJENEPO** : « Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires du Mali: Etude de cas en milieu urbain et rural », pour l'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement Social 2003, 36p;

**KOUDA. (Z)** : « Disparité d'accès aux soins de santé en Afrique » V21, n°2, pp31-39 ;

**LAPORTE (J.D)** : « Le financement communautaire des services de santé : la situation au Mali et dans d'autres Etats francophones d'Afrique », URED Genève, n°73, 2004, 76p ;

- **LAS GOURES. H** : « L'usage dans le système de santé in Politique et Management public » p:129-144;

-**Loi N° 02-049---/** du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé;

**Mairie de la Commune I, SNV** : « Etude Monographique : Rapport final », 2007, 113p ;

-**Mairie du District de Bamako** : « Plan Stratégique de Développement du district de Bamako : Gouvernance locale, pauvreté et partenariat dans le district de Bamako », 2001, 162p ;

**Mairie du District de Bamako** : « Premier forum sur le développement urbain de Bamako », cahier du participant, 2010, 57p;

- **MAREK. T, Rena**: Qu'est-ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ? Région Afrique (Banque EICHLER, Philip SCHNABL (Mars 2006) Allocution de ressources et acquisition de services de santé en Afrique Mondiale), 67p ;

-**Martine AUDIBERT-Eric de ROODENBEKE**, (Banque Mondiale) Région Afrique, Département du développement humain : « Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives », 2005, 105p;

- **Meunier. A** : Système de soins au Burkina Faso, Le paradoxe sanitaire, l'Harmattan, Paris, 1999, 288p;

- **Meunier. A** : Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso, 2000, 327p;
- **Ministère de la santé (Mali)** (Annuaire 2009) Système National d'Information Sanitaire (cellule de planification et de statistique du secteur santé), 120 P;
- **Ministère de la santé (Mali)**, Département de santé communautaire : les comptes nationaux de la santé du Mali 1999-2004, version finale 2007; 96p;
- **Ministère de la santé (Mali)** (Cellule de planification et de statistique du secteur santé) Equipements sanitaires-Personnels et Etablissements privés, 2007-2008, Tome1, 258p;
- Ministère de la Santé (Mali)** « Politique Nationale de Lutte contre le paludisme », 2009,18p;
- **Ministère de la santé (Mali)**, **PRODESS II** prolongé 2009-2011, composante santé, 2009, 99p;
- **Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées (Mali)** : Déclaration de politique sectorielle de santé et de population, 1990, 9p;
- **Miloud KADDAR-F STIERIE-BERGIS S-E-A TCHICAYA** : L'accès des indigènes aux soins de santé en Afrique subsaharienne. In Tiers-Monde, 2000, tome 41 n° 164.pp 903-925;
- **NDAO. (M.T)** : « Gestion de la santé en milieu rural au Sénégal : Etude de cas dans la communauté rurale de Diokoul M'Belbouck, mémoire de Maîtrise, UCAD, 2007 ; 106p;
- **NIANG. (A). HANDSCHUMACHER. (P)** : « La desserte médicale et recours aux soins de santé primaires : Evolution Spatiale et Temporelle, pp 237-261;
- **NIANG .A** : Evolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaires dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988,1993): Analyse géographique, Thèse de doctorat de troisième cycle de Géographie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 1997, 213p;
- **NIANGALY (A), KANTE (N), SOUMARE N'DIAYE (A)** : Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (République du Mali), 2001, 6 p
- **OMS** (Bureau régional de l'Afrique) : Stratégies de coopération de l'OMS avec les pays (2008-2013), 51p;

**-OMS**, (Déclaration des Etats de la Région Africaine de l'OMS) : Déclaration de Ouagadougou sur les systèmes de santé primaires et système de santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, 30 Avril 2008,

**-OMS** : Rapport sur la santé dans le monde, 2000, 5p;

**- PICHERAL. H** : Dictionnaire raisonné de géographie de la santé, Université Montpellier III, 2001, 307 p.

**- PICHERAL. H. SALEM. G** : De la géographie médicale à la géographie de la santé, Bilan et tendances de la géographie française, 1992, 40p;

**Précis** : « La santé au Mali : Miser sur la participation locale n°188, 1999, 7p;

**RIDDE. (V)** : « L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé », HNP, 2004, 54p ;

**RIDDE. (V) et GIRARD.(J.E)** : « Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », Santé Publique, 2004/1-n°41, pp 37-51;

**SALEM. (G) et JENNEE. (E)** : « Urbanisation et santé dans le tiers monde : Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires », ORSTOM, Paris, 1989, Colloques et Séminaires, 515p ;

**- SALEM. G**, Espace-Population-Société (Géographie de la santé, santé de la géographie), 1997, pp25-30;

**- SALEM. G** : « La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal) », Karthala, 1998, 342p ;

**SECK. (S.B)** : « L'offre et le recours aux soins de santé secondaires dans la commune d'arrondissement de Ouakam : Etude Géographique », mémoire de Maîtrise, UCAD, 2003 ;

**-Seydou SOGOBA**, La problématique de la gestion intégrée des ressources en eau dans la commune I : cas de Banconi, Mémoire de fin d'étude, FLASH, 2009, 44p;

**SOUANE. (M)** : « Le recours aux soins dans la communauté rurale de Madina Gounass : Département de Vélingara, région de Kolda : Etude géographique, mémoire de Maîtrise, UCAD, 2002, 98p ;

**THIAM (A) :** « Décentralisation et santé : le jeu des acteurs dans la gestion de la santé : cas du district sanitaire de Diourbel », mémoire de Maîtrise, UCAD, 2006, 64p

**THIAM. (S) :** « Le Système d'Information Géographique comme outil d'analyse de l'accès aux services de santé dans la commune d'arrondissement de Thiaroye sur Mer », mémoire de Maîtrise, UCAD, 2008, 124p

**TOURE. (A):** « Gestion de la santé dans un espace transfrontalier : recours aux soins dans la communauté rurale de Medina Sabakh », mémoire de Maîtrise, UCAD, 2007, 92p

**USAID / PHR, BIT / ACOPAM, ANMC, WSM (1996-2001)** Contribution actuelle et potentielles des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Cas du Mali, 40p;

-**Word Health Organization**, Les prix des médicaments aux Mali, 2005, 41p;

-**Word Heath Organization** : Profil en ressources humaines pour la santé, Nom du pays: Mali, 2009, 66p;

- **ZMIROU. D** : La santé, un critère pertinent de définition ? In Revue de géographie alpine. 1984. Tome 72 n°2.4. pp 273-282.

## WEBOGRAPHIE

<http://www.aec.nsu.edu/fs2:mali.fd.strategy/other>

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-1-page-35html>

<Http://www.calameo.com/books/00023634364b6974322d>

<http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article.print-47PDF>

<http://www.fias.nethhttp://www.essor.gov.ml/jour/cgi-bin/view>

<http://www.humanitaire.revues.org/index480.html>

<http://www.id.erudit.org/iderudit/022542ar>

<http://www.irdx.ca/fr/ev-9435-201-1-dotopic.html>

<http://www.malikunnafohi.com>

<http://www.persee.fr>

<http://www.pesacago.org/userfiles/file/zoom5%20pays>

<http://www.sfsp.unice.fr/publication/2001/numero1/article5-PDF>

<http://www.sante.gov.ml>

<http://www.who.int/management/country/africa/en/>

<http://www.who.int/who2001/2001/archives/2000/in:index.html>

## TABLE DES MATIERE

SOMMAIRE .....	2
SIGLES ET ACRONYMES.....	3
AVANT PROPOS .....	8
RESUME.....	12
SUMMARY .....	13
INTRODUCTION GENERALE.....	14
PROBLEMATIQUE .....	16
Objectif de l'étude .....	20
Hypothèses de recherche .....	21
METHODOLOGIE .....	22



2.1. La recherche documentaire.....	22
2.2 La collecte des données sur le terrain.....	22
2.3. La collecte et l'exploitation des registres de consultation.....	24
2.4. La collecte des données socio-économiques .....	24
2.5. L'enquête auprès des patients.....	25
2.6. Les entretiens.....	26
2.7. Traitement des données .....	27
Portée et limites de la collecte de l'information .....	27
2.7.1. Portée et limites de l'exploitation des registres de consultation.....	27
2.7.2. Portée et limites de l'enquête auprès des patients .....	28
2.8. Les difficultés d'étude .....	28
2.9. Définition des concepts .....	29
PREMIERE PARTIE : CARACTERISTIQUES PHYSIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DE LA COMMUNE I .....	32
CHAPITRE I : PRESENTATION ET CARACTERISTIQUES PHYSIQUES.....	33
I. PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	33
1.1. Situation géographique.....	40
1.2. Relief .....	41
1.3 .Climat .....	41
1.4. Hydrographie :.....	42
1.5. Evolution historique de l'aire d'étude .....	44
1.5.1. Période Pré- Coloniale.....	44
1.5.2. Période coloniale .....	44
II. STRUCTURE URBAINE .....	45
2.2. L'habitat régulier .....	46
2.3. Zones d'activités.....	47
2.3.1. Zones d'exploitation des carrières .....	47
2.3.2. Zone de maraîchage .....	48
2.3.3. Zone de culture .....	48
CHAPITRE II : POPULATION ET INFRASTRUCTURES .....	49
2.1. Population.....	49
2.1.1. Population de la Commune I par rapport au District de Bamako .....	49
2.1.2. Répartition de la population selon le sexe et l'âge .....	51
2.1.2. Les principales ethnies.....	56

2.2. Les infrastructures .....	57
2.2.1. Infrastructures en eau.....	58
2.3. Gestion de l'Environnement.....	67
1. Localisation des collecteurs.....	68
2.5. Education.....	75
2.6. Autres infrastructures .....	78
DEUXIEME PARTIE : LA GEOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS DANS LA VILLE DE BAMAKO ET DANS LA COMMUNE I .....	85
CHAPITRE III : LE SYSTEME DE SANTE DU MALI .....	87
3.1. Historique .....	87
3.1.1 La période coloniale .....	87
3.1.2. La première et la deuxième Républiques (1960 à 1989) .....	88
3.1.3 La 3 <sup>ème</sup> République ou la phase d'application de l'IB (1990 à nos jours.....	93
3.2 L'organisation du système de soins.....	96
3.2.1 L'Administration Sanitaire .....	96
3.2.2. Les structures de prise en charge (structures prestataires de soins).....	97
1 Le niveau opérationnel .....	97
2 Le niveau intermédiaire ou 2 <sup>ème</sup> niveau de référence .....	98
3 Le niveau central ou les CHU .....	98
CHAPITRE IV : LA DESSERTE MEDICALE.....	100
4.1 LA DESSERTE MEDICALE .....	101
4.1.1. La desserte dans le District de Bamako.....	101
4.1.2. La desserte en Commune I .....	103
4.2. Répartition en personnel de santé.....	108
4.3. L'AIRE THEORIQUE DES CENTRES ETUDIES .....	116
4.3.1. Le CSCOM de Banconi (ASACOBAB) .....	117
4.3.2. CSCOM de Korofina Nord (ASACKO-NORD) .....	118
4.3.3. CSCOM de Djanguinébougu (ASACODJAN) .....	118
4.3.4. Centre Chérifla .....	118
4.3.5. CSCOM de Korofina Sud (ASACOKOSA).....	119
4.3.6. Centre Privé SAHDIA .....	119
4.3.7. Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSREF) .....	119
4.4. L'ACCESSIBILITE DES CENTRES .....	119
TROISIEME PARTIE : LA GEOGRAPHIE DU RECOURS AUX SOINS DANS LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO .....	122

CHAPITRE V : LE TAUX D'UTILISATION .....	123
5.1. Utilisation selon l'éthnie.....	125
5.2. Utilisation des centres selon la profession.....	126
5.3. LES AIRES DE RECRUTEMENT.....	127
5.3.1. CSCOM de Banconi (ASACOB) .....	128
5.3.2. CSCOM de Korofina Nord (ASACKO-NORD) .....	130
5.3.3. CSCOM de Djanguinébou (ASACODJAN) .....	130
5.3.4. Centre CHERIFLA .....	132
5.3.5. CSCOM de Korofina Sud – Salembougou (ASACOKOSA).....	133
5.3.6. Centre SAHDIA .....	134
5.3.7. Centre de Référence de la Commune (CSREF) .....	134
5.4. LA MORBIDITE DIAGNOSTIQUEE DANS LES CENTRES.....	136
5.5. REPARTITION DES TROIS PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION PAR CENTRE .....	142
5.6. LA REPARTITION MENSUELLE DU RECOURS.....	142
5.7. VARIATION MENSUELLE PAR CENTRE .....	143
5.8. REPARTITION DES TROIS PRINCIPAUX MOIS DANS LES CENTRES .....	143
5.9. REPARTITION SAISONNIERE DES CONSULTANTS .....	144
CHAPITRE VI : LE TAUX DE FREQUENTATION.....	145
CHAPITRE VII : CHOIX DU RECOURS .....	155
7.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	155
7.1.1. Répartition de la population par tranche d'âge.....	158
7.1.2. Répartition de l'échantillon par sexe .....	158
7.2. Les motifs de la consultation .....	159
7.2.1. Le choix du centre .....	161
7.2.2. Temps d'attente avant d'être reçu par le praticien.....	166
7.3. Itinéraire thérapeutique.....	172
7.4. Les acteurs de la santé .....	179
7.4.1. L'Etat.....	179
7.4.2. Les autorités communales .....	180
7.4.3. Les partenaires.....	180
7.4.4. Les Associations de Santé Communautaires (ASACO).....	181
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	186
TABLE DES MATIERE.....	193

ANNEXE.....	198
LISTE DES PHARMACIES .....	199
Liste des centres de santé communautaire.....	198
LISTE DES CARTES .....	199
LISTE DES GRAPHIQUES .....	199
LISTE DES FIGURES ET IMAGE .....	203
LISTE DES TABLEAUX .....	203
LISTE DES PHOTOS .....	204

## **ANNEXE**

### LISTE DES PHARMACIES

**Tableau 31: Liste des Pharmacies**

DESIGNATION	PHARMACIENS	MEDECINS	DATE	STATUT	QUARTIER
OFFICINE BEN	1	1		privé	Korofina Nord
OFFICINE de la MATERNITE	1	1	1981	privé	Korofina Nord
OFFICINE TOUBA	1	1	1991	privé	Fadjiguila
OFFICINE ASAHI	1	2	2004	privé	Djélibougou
OFFICINE ESPOIR	4	1		privé	Banconi Flaboug
OFFICINE ROND POINT	1	1	1991	privé	Banconi Salembougou
OFFICINE KALIL BABA	1	1	1999	privé	Banconi Flabougou
OFFICINE MAMITA	2	1		privé	Banconi Layebougou
OFFICINE AFSATOU TRAORE	2	1	2008	privé	Banconi Layebougou
OFFICINE BANCONI RAZEL	2	2		privé	Banconi Razel
OFFICINE VAMARA TRAORE	1	1		privé	Banconi Djanguineboug
OFFICINE DJITOU MOU	1	1		privé	Banconi Farada
OFFICINE ANTA	1	1		privé	Banconi Plateau
OFFICINE GUINNA	2	1	2000	privé	Sikoroni
OFFICINE MANOUMOU LA	ND	ND		ND	ND
OUOLOGUEM COUMBA	ND	ND		ND	Djoumanzana
OFFICINE NOGOYA	1	ND		privé	Banconi Plateau
OFFICINE GOURMA	ND	ND		ND	ND
OFFICINE BENKADI	1	1		privé	Boukassoumboug
OFFICINE SOULEYMANE DIAKITE	1	1	1994	privé	Boukassoumboug
OFFICINE BOULKASSOUMBOUGOU SARL	1	1	1988	privé	Boukassoumboug
OFFICINE TOUBA BENEDICTIONS	ND	ND		ND	ND

OFFICINE DINA	ND	ND		privé	Djélibougou
OFFICINE MAKARA	2	1		privé	Doumanzana
OFFICINE CROIX ROUGE	3	1	1991	privé	Djélibougou
OFFICINE KAMSIR	1	2		privé	Djélibougou
OFFICINE AMANI	1	1	1989	privé	Korofina Sud
OFFICINE SOUKHOULE	ND	ND		ND	Djélibougou
OFFICINE BAKOROB TOUNKARA	1	2	2001	privé	Boukassoumbougou
OFFICINE NIAMA CISSE	ND	ND		privé	Djélibougou
OFFICINE CAMP DIGUE	2	1		privé	Djélibougou
OFFICINE COUMBA B, OUOLOGUEM	ND	ND		privé	Konatebougou
OFFICINE LASSANA SAMAKE	ND	ND		privé	Boukassoumbougou
OFFICINE SEKOU TRAORE	1	ND	2010	privé	Sikoro- Sourakabougou
OFFICINE DAKAN	ND	ND		privé	SIKORONI
OFFICINE PASTEUR TIMOTHEE COULIBALY	ND	ND		privé	Banconi Farada
PHARMACIE POPULAIRE du Mali	ND	ND		Public	Korofina Sud
OFFICINE 3è Pont	ND	ND	2011	privé	Sotuba ACI
OFFICINE BEL AIR	ND	ND	2009	privé	Sotuba ACI
OFFICINE DIAB	ND	ND		privé	B, Djanguinebougou
OFFICINE 30 METRES	1	1		privé	Fadjiguila
OFFICINE MADINA BA	1	1	2009	privé	Doumanzana
OFFICINE SORY BOCOUM	1	1		privé	Djoumanzana

Source : AUA Abdaty KOUNTA 2009, enquête de terrain, octobre 2011, M. Kodio

*Liste des centres de santé communautaire*

**Tableau 32: LISTE DES CSCOM DE LA COMMUNE I ET LEUR DATE DE CREATION**

N°	Identification de référence	Zones couvertes	Date d'ouverture
1	ASACODJE	Djélibougou	02-février1994
2	ASACOMSI	Sikoroni	01-septembre 1995
3	ASACKO NORD	Korofina Nord	01-février 2006
4	ASACODOU	Doumanzana	15-novembre 1997
5	ASACOFADJI	Fadjiguila	15-mars 1999
6	ASACKOSA	Korofina Sud	15-septembre 1996
7	ASACODJAN	Djanguinebougou	19-septembre 2000
8	ASACOBOUL 1	Boulkassoumbou	01-septembre 1992
9	ASACOBOUL 2	Boulkassoumbou	01-septembre 1992
10	ASACOBABA	Banconi	09-mars 1989
11	ASACOSISOU	Sourakabougou	10-mars 2010

**Source:** CSREF, Commune I



## LISTE DES CARTES

Carte 1 : Localisation N°1 .....	7
Carte 2 : Occupation du sol du District de Bamako .....	38
Carte 3 : Occupation du sol en Commune I .....	39
Carte 4 : Répartition de la Population par quartier .....	51
Carte 5 : Les infrastructures en eau .....	63
Carte 6: Infrastructures scolaires dans les quartiers d'étude .....	77
Carte 7: Les autres infrastructures de la commune .....	81
Carte 8: Desserte médicale en Commune I .....	105
Carte 9: L'offre privée en Commune I .....	106
Carte 10: L'offre en cabinets privés en Commune I .....	107
Carte 11: Offre informelle et traditionnelle en Commune I .....	111
Carte 12: Les Pharmacies en Commune I .....	113
Carte 13: Ecoles de santé et laboratoires d'analyses médicales .....	116
Carte 14: Aire de recrutement ASACOBAB .....	128
Carte 15: Aire de recrutement ASACKO-NORD .....	130
Carte 16: Aire de recrutement ASACODJAN .....	130
Carte 17: Aire de recrutement CHERIFLA .....	132
Carte 18: Aire de recrutement ASACOKOSA .....	133
Carte 19: Aire de recrutement SAHDIA .....	134
Carte 20: Aire de recrutement SAHDIA .....	134
Carte 21: Le taux de fréquentation .....	146

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Population 1998-2011 .....	52
Graphique 2: Evolution de la population de la commune I de 1976 à 2009 .....	53
Graphique 3: Répartition de la superficie par quartier de la commune.....	54
Graphique 4: Répartition de la population de Banconi par secteur.....	55
Graphique 5: Utilisation selon l'ethnie .....	125
Graphique 6: Utilisation des centres selon la profession .....	127
Graphique 7: Distribution des consultants par centre .....	128
Graphique 8: Les différentes pathologies diagnostiquées .....	136
Graphique 9: Distribution de la diarrhée et de la dysenterie par tranche d'âge .....	138
Graphique 10: Distribution du paludisme et de la fièvre par tranche d'âge.....	138
Graphique 11: Distribution des maladies de l'appareil digestif par tranche d'âge .....	139
Graphique 12: Distribution des maladies de l'appareil respiratoire par tranche d'âge .....	139
Graphique 13: Distribution des maladies de l'appareil urinaire par tranche d'âge.....	139
Graphique 14: Distribution de la sphère par tranche d'âge.....	140
Graphique 15: Distribution des plaies, abcès par tranche d'âge .....	140
Graphique 16: Distribution des autres affections par tranche d'âge .....	140
Graphique 17 : Distribution d'HTA par tranche d'âge .....	141

Graphique 18: Distribution mensuelle des consultants dans la commune I.....	142
Graphique 19: Variation mensuelle par centre.....	143
Graphique 20: Variation saisonnière des consultants.....	144
Graphique 21: Répartition de la consultation par semaine.....	145
Graphique 22: Taux de fréquentation.....	146
Graphique 23: Fréquentation selon l'âge et le sexe .....	150
Graphique 24: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACOBAN.....	151
Graphique 25: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACODJAN.....	151
Graphique 26: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACKO-NORD.....	152
Graphique 27: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe au CSREF .....	152
Graphique 28: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à l'ASACOKOSA .....	152
Graphique 29: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à Chérifla .....	153
Graphique 30: Distribution des consultants selon l'âge et le sexe à SAHDIA .....	153
Graphique 31: Moyen de transport utilisé pour accéder aux soins .....	156
Graphique 32: Prix du transport .....	157
Graphique 33: Répartition de l'échantillon par tranche d'âge .....	158
Graphique 34: Répartition de l'échantillon par sexe.....	158
Graphique 35: Choix du centre .....	166
Graphique 36: Temps d'attente .....	167
Graphique 37: Temps d'attente au centre.....	167
Graphique 38: les types de soins .....	170
Graphique 39: Utilisation d'autres soins .....	173
Graphique 40: Les problèmes lors de la consultation .....	177
Graphique 41: Appréciation par rapport au coût.....	177

## LISTE DES FIGURES ET IMAGE

Image 1: Localisation N° 2 de la zone d'étude .....	36
Figure 2: Approche du système de soins.....	87
Figure 3 : Pyramide Sanitaire du Mali .....	95
Figure 4: Itinéraire d'une femme dans la zone d'étude.....	171
Figure 5: Arbre du recours .....	174

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les superficies en Km <sup>2</sup> et en hectare des différents quartiers de la commune I ..	41
Tableau 2: Population des Communes du District de Bamako .....	51
Tableau 3 : Répartition de la population par tranche d'âge de la commune I en 2011 .....	53
Tableau 4: Répartition par population, Superficie et par densité.....	56

Tableau 5: Répartition des naissances et des décès de 1998 à 2006 .....	57
Tableau 6: Infrastructures et Etat d’approvisionnement des ménages en eau potable .....	61
Tableau 7: Nombre d’abonnées à l’électricité.....	64
Tableau 8: Evolution du taux d’accès à l’électricité .....	65
Tableau 9: Infrastructures d’évacuation des eaux pluviale .....	69
Tableau 10: Etat et situation des caniveaux .....	69
Tableau 11: Répartition des collecteurs par quartier.....	70
Tableau 12: La répartition des teinturières par quartier dans la commune I.....	74
Tableau 13: Répartition des écoles par secteur et par cycle.....	78
Tableau 14: Estimation de la population scolarisable de la commune de 2006 à 2011(Pop 3-5 ans) .....	78
Tableau 15: Effectif des élèves du 1 <sup>er</sup> cycle .....	79
Tableau 16: effectif du 2 <sup>ème</sup> cycle.....	79
Tableau 17: Les associations et ONG par type d’activité .....	83
Tableau 18: La répartition des CSCOM par commune .....	101
Tableau 19: Effectif et Ratio personnel soignant/habitant par région.....	102
Tableau 20: Desserte médicale en Commune I.....	103
Tableau 21: Répartition en personnel médical et paramédical.....	108
Tableau 22: Répartition des soins traditionnels .....	110
Tableau 23: Répartition des structures privées.....	113
Tableau 24: Taux d'utilisation .....	124
Tableau 25: Variation des trois principaux motifs de consultation par centre.....	142
Tableau 26: Variation des trois principaux mois de consultation dans les centres .....	143
Tableau 27: Répartition de l’échantillon par structure .....	155
Tableau 28: Répartition de la population selon le motif de consultation.....	160
Tableau 29: Choix des différents centres .....	161
Tableau 30: Appréciation du service dans les structures. ....	169
Tableau 31: Liste des Pharmacies .....	199
Tableau 32: LISTE DES CSCOM DE LA COMMUNE I.....	201

## LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Construction sur le relief à Banconi Zékénékorobougou .....	41
Photo 2 : Dépôt sur le marigot .....	43
Photo 3 : Eaux usées des ménages.....	43
Photo 4: Enfants jouant au marigot .....	43
Photo 5: Enfants fouillant les ordures .....	43
Photo 6: Enfants jouant à la berge .....	43
Photo 7: Enfants jouant dans les ordures ..	43
Photo 8: Habitation type traditionnel .....	47
Photo 9: Habitation type moderne .....	47
Photo 10: Habitations sur/à coté d’une colline de sable en phase d’exploitation .....	48
Photo 11: Maraîchage sur des parcelles en attente de construction à Korofina Sud.....	48
Photo 12: B.F sans eaux à Noumoribg (ZK) .....	59
Photo 13: Enfants attendant l’eau.....	59
Photo 14: Attente d’eau à Djanguinebourg .....	59
Photo 15: Château d’eau à Noumoribg.....	59

Photo 16: Femme transport de l'eau à ZK	Photo 17: Attente autour d'un point d'eau..	62
Photo 18: Attente autour d'un point d'eau à Djang	Photo 19: Château d'eau à Noumoribg.	62
Photo 20: fils électriques attachés sur du bois à Nafadji	Photo 21 : fils passant au dessus d'une vendeuse à Nafadji .....	65
Photo 22: fils attachés au bois Nafadji	Photo 23: fils électriques par terre à Noumoribougou.....	65
Photo 24: Ex dépôt à Doumanzana	Photo 25: Ex dépôt d'ordures à Doumanzana.....	68
Photo 26: Ex dépôt à Doumanzana	Photo 27: Exdépôt à Doumanzana	68
Photo 28: Homme arrangeant les berges à côté de sa maison (Layebougou- Farada).....		68
Photo 29: Collecteur artificiel aménagé	Photo 30: Collecteur naturel non aménagé....	71
Photo 31 : Eaux usées dans le marigot Zékénékorobg	Photo 32: Façade Pont Djanguineougou .....	73
Photo 33: construction d'une école clandestine dans le lit du marigot à Layebougou .....		73
Photo 34: Débordement du marigot Banconi	Photo 35 : Inondation à Banconi .....	75
Photo 36: Stagnation et inondation à Djoumanzana	Photo 37 : Inondation d'un quartier Fadjiguila.....	75
Photo 38: Vendeuse devant une boutique à Djélibougou	Photo 39: Vendeuse dans la rue à Doumanzana.....	110
Photo 40: Vendeuse au marché (Farada)	Photo 41: Vendeuse dans la rue à Banconi Plateau .....	111
Photo 42: Femmes en attente de la CPN à ASACOB		117
Photo 43 : Salles PEV ASACOB	Photo 44: Salles PEV 2 ASACOB.....	148
Photo 45: Femmes en attente devant la salle PEV ASACOB		149
Photo 46: Les méthodes de contraception prescrites à l'ASACOB		149

Région: Bamako

District Sanitaire: Commune I

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### POPULATIONS CIBLE DES SERVICES DE SANTE

Nom de la structure	Distance au centre de santé (km)	Date de construction	Origine du financement	Population totale 2010	Population 0-11mois	Population 0-4 ans	Nombre de FAR 2010
ASACOB							
ASACKO-NORD							
ASACODJAN							
CENTRE CHERFILA							
CSRéf							
ASAKOSA							
SAHDIA							

A remplir par le superviseur des soins de santé

Région: Bamako

District Sanitaire : Commune I

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PERSONNEL DE SANTE DU CENTRE DE SANTE

Nom de la structure	Nombre de médecins (préciser spécialisation)	Nombre infirmiers d'Etat	Nombre Sage femme	Nombre matrones	Autres personnels communautaires	Observations particulière
ASACOB						
ASACKO-NORD						
ASACODJAN						
CENTRE CHERIFLA						
CSRéf						
ASAKOSA						
SAHDIA						

A remplir par le superviseur des soins de santé

Région: Bamako

District Sanitaire: Commune I

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE (indiquer le nombre de quartier et la population)**

<b>Nom de la structure</b>	<b>Nombre total quartiers polarisés</b>	<b>Nombre de quartiers situés à moins de 2 km</b>	<b>Nombre de quartiers situés entre 2 et 5 km</b>	<b>Nombre de quartiers situés entre 5 et 10 km</b>	<b>Nombre de quartiers situés à plus de 10 km</b>	<b>Observations</b>
<b>ASACOB</b>						
<b>ASACKO-NORD</b>						
<b>ASACODJAN</b>						
<b>CENTRE CHERIFLA</b>						
<b>CSRéf</b>						
<b>ASAKOSA</b>						
<b>SAHDIA</b>						

**A remplir par le superviseur des soins de santé**

Région: Bamako

District Sanitaire: Commune I

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## COÛT DES SOINS DANS LES SERVICES DE SANTE

Nom de la structure	Consultations enfants	Consultations adultes	CPN	accouchements	Hospitalisations	Pansement	Observations
ASACOB							
ASACKO-NORD							
ASACODJAN							
CENTRE CHERIFLA							
CSRéf							
ASAKOSA							
SAHDIA							

A remplir par le gestionnaire ou le superviseur des soins de santé



Région: Bamako

District Sanitaire: Commune I

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **COUT DES MEDICAMENTS DANS LES SERVICES DE SANTE (1)**

<b>Nom de la structure</b>	<b>Amoxicilline 500</b>	<b>Amoxicilline sirop</b>	<b>Ampicilline 1g</b>	<b>Antipaludéen</b>	<b>Aspirine 500g</b>	<b>Cipro 500 cp</b>	<b>Cotrimoxazole cp</b>	<b>Cotrimoxazole sirop</b>
<b>ASACOB</b>								
<b>ASACKO-NORD</b>								
<b>ASACODJAN</b>								
<b>CENTRE CHERIFLA</b>								
<b>CSRéf</b>								
<b>ASAKOSA</b>								
<b>SAHDIA</b>								

**A remplir par le gestionnaire ou le pharmacien**

Region: Bamako

District Sanitaire: Commune I

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## COUT DES MEDICAMENTS DANS LES SERVICES DE SANTE (2)

Nom de la structure	Carbocistoïne	Fer acide folique	Ery cp	Paracétamol 250 sirop	Paracétamol cp 500mg	Albendazol	Anti-diarrhéique	Vitamine C 500 cp
ASACOB								
ASACKO-NORD								
ASACODJAN								
CENTRE CHERIFLA								
CSRéf								
ASAKOSA								
SAHDIA								

A remplir par le gestionnaire ou le pharmacien

Région: Bamako

District Sanitaire : Commune I

Date :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ACTION SOCIALE DANS LE POSTE DE SANTE (indiquer le nombre de bénéficiaires et si possible le montant)**

Nom de la structure	Nbre bénéficiaires consultation/analyse 2008	Nbre bénéficiaires consultation/analyse 2009	Nbre bénéficiaires consultation/analyse 2010	Nbre bénéficiaires médicaments 2008	Nbre bénéficiaires médicaments gratuits 2009	Nbre bénéficiaires médicaments gratuits 2010
ASACOB						
ASACKO-NORD						
ASACODJAN						
CENTRE CHERIFLA						
CSRéf						
ASAKOSA						
SAHDIA						

*NB : si possible avoir une estimation des coûts de cette action sociale*

*A remplir avec le gestionnaire ou le trésorier de l'Asaco*

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR  
FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES  
DEPARTEMENT DE GEOGRAPHIE  
B.P. 5005-Dakar-Fann- SENEGAL  
Tél. 33 825 05 30 ; fax 33 825 28 83



Numéro Questionnaire : |\_|\_|\_|\_|

(A remplir par l'enquêteur)

Numéro de saisie : |\_|\_|\_|\_|

(Ne pas remplir)

## QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS

**Demande de consentement éclairé :** expliquer l'objet de l'enquête et demander l'accord préalable du patient.

Région de : .....	Code Région :  _ _
District de: .....	Code District  _ _
Commune de: .....	Code Commune  _ _
Nom de la structure de soins : .....	Code structure  _ _
Nom de l'enquêteur : .....	Code enquêteur :  _ _ _
Date de l'enquête : .....	Heure de début : Heure de fin :

**Observations :**

N°	SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU PATIENT		Passer à
1.	Est-ce que vous résidez dans la ville de Bamako ?	<input type="checkbox"/> 1.Oui <input type="checkbox"/> 2. Non	
2.	Quelle est votre adresse (ville, village ou quartier)		
3.	Quelle est l'adresse que vous avez donnée au personnel de santé lors de la consultation ?		
4.	Combien de temps avez-vous mis pour arriver jusqu'ici ?		
5.	Par quel moyen de transport ?		
6.	Combien avez-vous payé pour le transport ?		
7.	Age du patient		
8.	Sexe du patient	<input type="checkbox"/> 1.Masculin <input type="checkbox"/> 2. Féminin	
9.	Quelle est votre situation matrimoniale ?  <i>Si le patient est un enfant, indiquez la situation matrimoniale de la mère</i>	<input type="checkbox"/> 1. célibataire <input type="checkbox"/> 2. Marié monogame <input type="checkbox"/> 3. Marié polygame <input type="checkbox"/> 4. Divorcé/séparé <input type="checkbox"/> 5. Veuf/veuve <input type="checkbox"/> 6. Autre	
10.	Quel est votre niveau d'instruction ?  <i>Si le patient est un enfant, indiquez le niveau d'instruction des parents</i>	<b>Père</b> <input type="checkbox"/> 1. Aucun <input type="checkbox"/> 1. Aucun <input type="checkbox"/> 2. Elémentaire <input type="checkbox"/> 2. Elémentaire <input type="checkbox"/> 3. Secondaire <input type="checkbox"/> 3. Secondaire <input type="checkbox"/> 4. Supérieur <input type="checkbox"/> 4. Supérieur <input type="checkbox"/> 5. Alphabétisation <input type="checkbox"/> 5. Alphabétisation	
11.	Quelle est votre profession ?  <i>Si le patient est un enfant, indiquez la profession des parents</i>	<input type="checkbox"/> 1.agriculture <input type="checkbox"/> 2. élevage <input type="checkbox"/> 3. salariés/Cadres supérieurs (secteur public) <input type="checkbox"/> 4. salariés/cadres moyens (secteur public) <input type="checkbox"/> 5. salariés/Cadres supérieurs (secteur privé) <input type="checkbox"/> 6. salariés/cadres moyens (secteur privé) <input type="checkbox"/> 7. commerce/services <input type="checkbox"/> 8. artisans/ouvriers <input type="checkbox"/> 9. sans emploi <input type="checkbox"/> 10. retraité <input type="checkbox"/> 11. Autres (préciser)	
12.	Quel est la profession de votre conjoint ? <i>(si le patient n'est pas marié, mettre NA)</i>	<input type="checkbox"/> 1.agriculture <input type="checkbox"/> 2. élevage <input type="checkbox"/> 3. salariés/Cadres supérieurs (secteur public) <input type="checkbox"/> 4. salariés/cadres moyens (secteur public)	

		<input type="checkbox"/> 5. salariés/Cadres supérieurs (secteur privé) <input type="checkbox"/> 6. salariés/cadres moyens (secteur privé) <input type="checkbox"/> 7. commerce/services <input type="checkbox"/> 8. artisans/ouvriers <input type="checkbox"/> 9. sans emploi <input type="checkbox"/> 10. retraité <input type="checkbox"/> 11. Autres (préciser)	
<b>N°</b>	<b>SECTION 2 : RECOURS AUX SOINS</b>		
<b>13.</b>	Pour quelle maladie êtes-vous venus consulter ?		
<b>14.</b>	Pourquoi avez-vous choisi de venir dans ce service de santé ?		
<b>15.</b>	Depuis combien de temps êtes-vous malade ?		
<b>16.</b>	Indiquer les services visités <i>(énumérer et cocher les services concernés)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Labo <input type="checkbox"/> 2. Médecine générale <input type="checkbox"/> 3. Maternité <input type="checkbox"/> 4. Pédiatrie <input type="checkbox"/> 5. Ophtalmologie <input type="checkbox"/> 6. Cabinet dentaire <input type="checkbox"/> 7. Autre (préciser)	
<b>17.</b>	Combien de temps avez-vous attendu avant d'être reçu au TRI ?		
<b>18.</b>	Combien de temps avez-vous attendu avant d'être reçu par le praticien ?		
<b>19.</b>	Que pensez-vous de l'accueil dans cette structure de soins ?		
<b>20.</b>	Combien avez-vous payé pour la consultation ?		
<b>21.</b>	Avant de venir ici, avez-vous eu recours à d'autres soins ?	<input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non	
<b>22.</b>	Qu'avez-vous fait ? ; où avez-vous consulté ?  <i>(préciser la localisation du service de santé et l'itinéraire thérapeutique en mettant un numéro d'ordre)</i>	<input type="checkbox"/> Automédication traditionnelle <input type="checkbox"/> Automédication moderne <input type="checkbox"/> chez le guérisseur <input type="checkbox"/> chez le marabout <input type="checkbox"/> au cabinet privé de ..... <input type="checkbox"/> au centre de santé de..... <input type="checkbox"/> à l'hôpital de ..... <input type="checkbox"/> à la clinique privée de ..... <input type="checkbox"/> Autres (préciser)	

23.	Quels sont <b>les deux principaux problèmes</b> que vous rencontrez, vous et votre famille, pour vous soigner ?  <b>Cocher seulement deux réponses</b>	<input type="checkbox"/> Services de santé trop éloignés <input type="checkbox"/> Consultations trop chères <input type="checkbox"/> Mauvais Accueil <input type="checkbox"/> Qualité des soins <input type="checkbox"/> Services non disponibles <input type="checkbox"/> Médicaments non disponibles <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	
24.	En tenant compte des revenus de votre ménage, est-ce que vous diriez que vous êtes :	<input type="checkbox"/> 1. Tout à fait à l'aise <input type="checkbox"/> 2. ça va bien <input type="checkbox"/> 3. C'est juste <input type="checkbox"/> 4. difficile <input type="checkbox"/> 5. Très difficile voire précaire	
<b>Question à poser au patient après la consultation</b>			
25.	Pourrais-je consulter votre ordonnance ?  <i>(inscrire les noms des médicaments prescrits)</i>		
26.	Vérifier la disponibilité des médicaments à la pharmacie de la structure de soins		

**Ce serait intéressant de demander à certains patients de dessiner leur dernier itinéraire thérapeutique et d'avoir une idée des couts, du temps et des résultats obtenus**

