



MORBIDITE ET RECOURS AUX SOINS DE SANTE DANS LES CERCLES DE KITA (REGION DE KAYES) ET KOUTIALA (REGION DE SIKASSO)

MORBIDITY AND USE OF HEALTH CARE IN THE CIRCLES OF KITA (KAYES REGION) AND KOUTIALA (SIKASSO REGION)

¹ KONE Kamba et ² FOFANA Sory Ibrahima..

¹ Maître- assistant, Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB). kambakone@yahoo.fr

² Maître- assistant, Faculté d'Histoire et de Géographie (FHG), Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako (USSGB). soryifofana@gmail.com

KONE Kamba et FOFANA Sory Ibrahima, Morbidité et recours aux soins de santé dans les cercles de Kita (région de Kayes) et Koutiala (région de Sikasso), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 4 (7), 225-238, [En ligne] 2021, mis en ligne le , consulté le 2021-08-06 23:54:56, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=178>

Résumé

Le recours aux soins par la population est fonction de l'appréciation du centre de santé et les professionnels de santé selon les types de morbidité. La population a des préférences sur les types de traitement à savoir la médecine moderne, spirituelle, confessionnelle, et de la médecine traditionnelle. Ce travail vise à étudier la morbidité de la population dans les cercles de Kita et de Koutiala et analyser les modalités de recours de la population aux soins de santé. Une enquête socio-démographique a été effectuée auprès de 762 ménages. Les résultats ont été

analysés en utilisant les méthodes de statistique descriptive sous le logiciel Excel. L'analyse a montré que le type de centre de santé fréquenté est généralement le centre de santé communautaire (CSCOM). Il est à la base de la pyramide sanitaire pour 73% des enquêtés à Kita et 66% à Koutiala et également 48% des consultations se font auprès des directeurs techniques des centres. Le faible taux de recours aux soins de santé est dû à la pauvreté pour 57% des enquêtés. Les résultats de l'étude ont montré que l'accessibilité géographique dans les deux cercles sont disparates : le cercle de Koutiala compte un district sanitaire avec 42 aires de santé tandis Kita compte 49 aires toutes regroupées en 3 districts sanitaires. Ainsi, pour les consultations, les populations les réalisent majoritairement dans les centres de santé.

Mots clés : Morbidité, recours, soins de santé, district sanitaire, Kita, Koutiala

Abstract

The use of health care by the population depends on the assessment of the health center and the health professionals according to the types of morbidity. The people have preferences on the

types of treatment namely modern medicine, spiritual, denominational, and traditional medicine. This work aims to study the morbidity of the population in the circles of Kita and Koutiala and analyze the methods of use of the population for health care. A socio-demographic survey was carried out among 762 households. The results were analyzed using descriptive statistics methods in Excel software. The analysis showed that the type of health center frequented is generally the community health center (CSCOM). It is at the base of the health pyramid for 73% of respondents in Kita and 66% in Koutiala and also 48% of consultations with the technical directors of the centers. The low rate of use of health care is due to poverty for 57% of respondents. The results of the study showed that the geographical accessibility in the two circles is disparate: the circle of Koutiala has a health district with 42 health areas while Kita has 49 areas all grouped into 3 health districts. Thus, for the consultations, the populations carry out them mainly in the health centers.

Keywords : Morbidity, recourse, health care, health district, Kita, Koutiala

INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé dans les pays du tiers monde se pose avec beaucoup d'acuité. Il est d'autant plus problématique dans les zones rurales que les centres urbains. Au Mali, la distance d'accès à moins d'un kilomètre aux infrastructures de santé, est de 35,9 % en urbain et 44,9 % en rural (EMOP, 2019, p.19). La faible répartition spatiale des centres de santé couplée à la modicité des moyens financiers des patients rend difficile l'accès de la population aux soins. Cette disparité spatiale est surtout importante au niveau du cercle de Kita avec la proportion de population vivant dans un rayon de plus de 15 km soit 35,92% au niveau du district sanitaire de Sagabary (DNS, 2018, p.22).

La santé de la population est en relation avec la disponibilité de l'équipement sanitaire dont l'un des handicaps pour l'accès est la pauvreté. La

pauvreté et la santé sont deux phénomènes nettement liés (Doumbia B, 2010, p.24). Il est fonction des conditions sanitaires, environnementales, socioéconomiques et culturelles qui prévalent dans une population. En milieu rural et urbain, l'environnement contribue à la détérioration de la santé du surtout à l'insalubrité, à la mauvaise qualité de l'eau, et la pollution de l'air. A ces différents phénomènes s'ajoutent la toxicité des pesticides et la présence de vecteurs de maladies (OMS, 1993, p.3). Les caractéristiques socioéconomiques de la population contribuent à l'amélioration de la santé de la population et l'état de santé. Les habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation des substances etc.) sont responsables des maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires. Les pays les plus pauvres sont les plus touchés, 80% des décès par maladie chronique se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2005, p.4). Tandis que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS, 2009, p.1).

La maladie est la mauvaise santé lorsqu'on a mal à une partie de son corps qui peut l'empêcher de mener une activité physique ou morale. Et la morbidité fait allusion aux malades, cette notion désignant aussi l'état de malade ou la fréquence d'une maladie.

Il y a plusieurs approches pour la détermination de l'état de maladie. La morbidité étant le nombre de personnes atteints d'une pathologie pour une période donnée. Elle peut être qualifiée par cinq types d'indicateurs à savoir l'incidence, la prévalence, la durée d'exposition ou la densité de l'incidence et la létalité. Contrairement à ce que Rousseau pensait jadis, aucune société humaine n'est exempte de maladies, et que l'histoire des maladies humaines en suivant celle des sociétés civiles (Tremblay, 2002. p. 23). Toutefois, le type de morbidité et sa fréquence au sein d'une population varient d'une région à une

autre. Dans le district sanitaire de Kita et de Koutiala, nous assistons à une évolution de la morbidité pour les maladies telles que le paludisme, les affections respiratoires et les maladies digestives. Ces deux districts qui relèvent de leurs régions respectives ; la prévalence du paludisme à Sikasso est de 62 %, et celle de Kayes 37 % (USAID, 2014, p.5). Le cercle de Kita appartient au bassin versant du fleuve Sénégal. Il est arrosé par ses affluents avec la présence des marigots. Quant au cercle de Koutiala, il est situé dans une zone de forte pluviométrie (1100 mm) par an. Aussi, l'existence de nombreux cours d'eau contribue à la prolifération des moustiques dans ces zones. Face à la forte morbidité enregistrée dans ces zones, le recours aux centres de santé s'avère une nécessité impérieuse.

Les résultats de la présente étude pourront être utiles aux autorités administratives pour améliorer d'avantage la prise en charge des patients face à ces différentes pathologies.

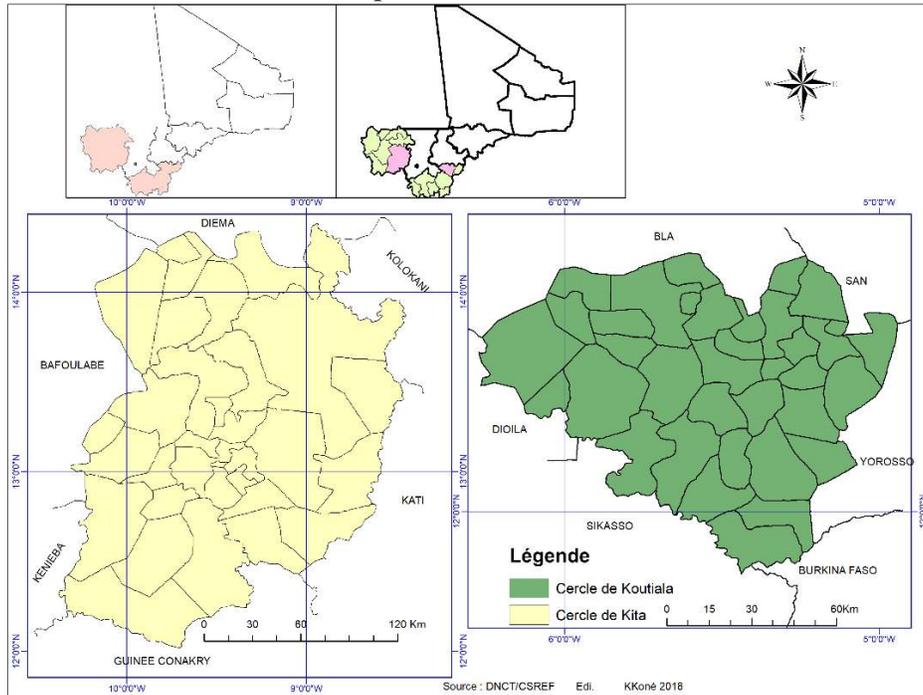
L'objectif de cette étude vise à analyser la morbidité de la population du cercle de Kita et de Koutiala et cerner leurs modes de recours aux soins de santé.

1. Méthodologie

1.1. Présentation des zones d'étude

L'étude a été réalisée dans deux cercles qui sont les divisions administratives des régions au Mali, Kita dans la région de Kayes (1ère région) et Koutiala dans la région de Sikasso (3ème région) (Carte n°1).

Carte n°1 : La présentation des zones d'étude



Le Cercle de Koutiala couvre une superficie de 12 270 km² pour une population de 575 253 d'habitants (RGPH, 2009). Il est situé entre 4° et 6° de longitude Ouest ; 11° et 12° de latitude Nord. Sur le plan climatique, le cercle de Koutiala se trouve dans la zone soudanienne avec

la présence de deux saisons (saison sèche et saison pluvieuse). La pluviométrie varie entre 700 et 1100 mm par an avec une température moyenne de 28°C.

Le cercle de Kita compte 33 communes avec une superficie de 35 250 km². Il est situé entre 8° et

11° de longitude Ouest, et le 11° et 14° de latitude Nord. C'est l'un des plus grands cercles du pays et le plus grand cercle de la région de Kayes. La zone de Kita est caractérisée par la présence deux types de climat (sahélien et soudanien). Le climat sahélien occupe la partie Nord avec une précipitation comprise entre 500 et 900 mm. Au Sud, le climat est de type soudanien avec une précipitation atteignant 1 200 mm par an.

1.2. Collecte des données

Pour la collecte de données, la méthode utilisée a été les questionnaires comme démontre Salines G., 2008 qui correspond à la morbidité déclarée au sein des ménages. Les maladies qui ont fait l'objet de recherche sont le paludisme, les affections respiratoires et digestives. Dans le but de mener à bien cette étude, nous nous sommes intéressés aux structures sanitaires et leurs accessibilités pour chaque cercle. Le centre de santé communautaire (CSCOM) a été le service de santé privilégié pour le traitement des pathologies énumérées ci-dessus.

Pour les enquêtes au sein des ménages, le répertoire des villages par région, cercle et commune issu des données de l'INSTAT (RGPH., 2009), a servi de base pour le choix de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage utilisée a été celle de la stratification. Un sondage à trois degrés est réalisé, avec comme unité d'enquête les structures de santé. Pour le premier degré, les communes ont été classées en quatre strates. Les communes ont été stratifiées en quatre strates : la première strate concerne les communes qui n'avaient pas de centre de santé en 2009 ; la deuxième strate celles qui n'en disposent que d'un centre de santé ; la troisième strate, celles qui ont deux centres de santé et enfin la quatrième strate a concerné les communes qui disposent de trois centres de santé et plus. Au niveau de chaque strate, le taux d'échantillonnage a porté sur le un tiers (1/3) dans les deux cercles. Toutes les communes ont fait l'objet d'une sélection aléatoire spatiale.

Le deuxième degré concerne les villages des communes retenues. A ce niveau, la méthode d'échantillonnage utilisée est le choix raisonné soit deux villages par communes en raison d'un village avec un centre et un village sans centre de santé. Ensuite ces villages ont fait l'objet d'un choix aléatoire spatial. Les concessions de ces villages ont été tirées au taux de dix pourcent (10%) et, l'enquête a porté sur un ménage par concession (selon les données du RGPH, chaque concession compte 2,4 ménages, soit 7,0 personnes par ménages dans le cercle de Kita, de 1,9 ménages avec 6,8 personnes à Koutiala). Au total 762 fiches ont été enregistrées auprès des ménages. La structure du questionnaire a porté sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages ; l'état de santé de la population et les centres fréquentés au cours des 6 et 12 derniers mois précédents l'enquête.

Les données des centres de santé de référence (CSRéf) ont servi de base pour l'inventaire des aires de santé des districts sanitaires afin de déterminer le nombre de CSCOM. Les indicateurs sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques des enquêtés ont permis de connaître leurs opinions sur les difficultés d'accès aux centres de santé des deux localités.

Les enquêtes se sont déroulées dans les différentes zones durant la saison pluvieuse entre le 1er juin et le 24 juillet 2017. L'accès aux structures sanitaires en cette période n'est pas du tout aisé compte tenu de l'état des routes, et c'est en ce moment que les consultations médicales sont nombreuses.

1.3. Méthode de traitement des données

Deux méthodes ont été adoptées pour le traitement : L'analyse de la statistique descriptive a été utilisée sous Excel pour les données d'enquête socioéconomique. Cette méthode a permis de faire la comparaison des deux cercles en fonction des types de maladies et déterminer les centres fréquentés par la population.

Pour l'accessibilité géographique, l'analyse cartographique a permis de faire l'état de lieu des centres de santé communautaires des deux cercles. L'analyse thématique a porté sur la localisation des centres de santé communautaires des deux zones. Les différentes couches vectorielles utilisées sont celles des régions, des cercles, des communes en polygones et des villages en représentation en ponctuelle et les routes en lignes. Les cartes ont été réalisées sous ArcGIS 10.3.

2. RESULTATS

2.1. Maladies au cours des 12 derniers et six derniers mois précédant l'enquête

Il s'agit des pathologies sévères comme le paludisme grave qui nécessite une prise en charge correcte afin d'éviter les décès. Les résultats des enquêtes à Koutiala et à Kita montrent que l'état de santé de certaines personnes s'est détérioré du fait qu'ils sont tombés malades au cours des 12 derniers mois. Ce taux varie selon les cercles (Tableau n°1).

Tableau n° 1 : Pourcentage de population ayant contracté des maladies au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête dans le cercle de Kita et de Koutiala

Strates communes	Maladies contractées Kita (%)		Maladies contractées Koutiala (%)		Total
	Non	Oui	Non	Oui	
Pas de centre de santé	22	14	57	7	100
Avec un centre de santé	18	35	44	3	100
Avec deux centres de santé	58	24	7	11	100
>= trois centres de santé	22	10	44	24	100
Total	26	14	41	19	100

Source : KONE K., 2018

Le tableau n°1 montre le pourcentage des enquêtés ayant eu des difficultés d'exercer des activités pour cause des maladies. Ce taux est variable selon les cercles, il est de 19 % à Koutiala et 14 % à Kita. La disparité de taux pour les deux cercles s'explique par leur situation géographique : le cercle de Koutiala se situant dans la zone soudanienne qui reçoit assez de pluie (plus de 1000mm) par rapport au cercle de Kita qui est soudano-sahélien avec environ 600 à 900 mm. La forte pluviométrie peut être un facteur favorisant la multiplication des anophèles qui transmettent le paludisme.

2.1.1. Morbidité au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête

Les types de maladies contractées au cours des six derniers mois par la population enquêtée les empêchant l'exercice de leurs activités et ayant fait l'objet de consultation sanitaire sont répertoriés dans le tableau n° 2. Elles ont été

classées en 10 groupes, et l'étude révèle que la principale pathologie dont souffre la population est le paludisme à Koutiala. Par contre, le cercle de Kita souffre plus de maladies digestives (Tableau n° 2)

Tableau n°2: Pourcentage de types de maladies selon les cercles

Types de maladies	Koutiala	Kita
Diabète	2	3
Affections respiratoires	7	6
Maladies ophtalmologiques	7	8
Maladies cardio-vasculaires	3	0
Problème articulation	14	11
Paludisme	29	16
Affections digestives	15	22
Tension artérielle	13	10
Affections génitales	2	2
Fièvre typhoïde	0	3
Autres	11	19
Total	100	100

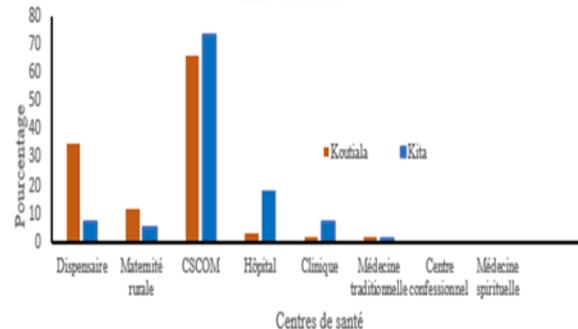
Source : KONE K., 2018

L'analyse du tableau n°2 nous renseigne que le paludisme représente 29% des motifs de consultations à Koutiala contre 16% à Kita. Par contre à Kita, les maladies intestinales sont les principales causes de consultations. Les principales sont la diarrhée, les maux de ventre, la dysenterie, les problèmes gastriques etc. contractées par 22% de la population enquêtée à Kita et 15% à Koutiala. On note en particulier la forte incidence de parasitoses intestinales qui, constituent des facteurs de risques. A celles-ci, s'ajoutent d'autres facteurs tels que la malnutrition et l'anémie.

2.2. Les centres de consultations dans les cercles de Kita et de Koutiala

Les Centres de santé communautaires (CSCOM) figurent parmi les lieux de traitement les plus fréquentés dans les deux cercles (Graphique n° 1).

Graphique n°1: Taux de fréquentation des centres de santé dans les cercles de Kita et de Koutiala



Source : KONE K., 2018

Le graphique n°1 montre le taux de fréquentation des différents types de centres de santé, à Koutiala comme à Kita. Dans les deux cercles le CSCOM est beaucoup fréquenté. Le taux de fréquentation est de 73% à Kita et 66% à Koutiala contre 7% pour le dispensaire à Kita et 35% à Koutiala. Aussi, le taux de fréquentation de l'hôpital du district (CSRéf) est de 18% à Kita et 3% à Koutiala, les dispensaires et les

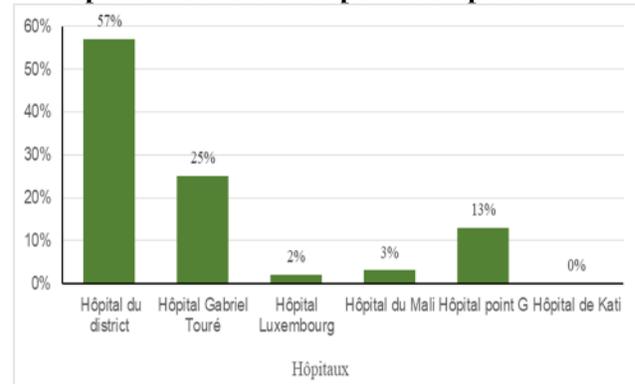
maternités rurales sont plus fréquentés à Koutiala.

Selon le taux de fréquentation des centres de santé, 99% des malades se sont soignés dans un centre de santé de moderne. En ce qui concerne les hôpitaux de dernier recours ; leur choix est souvent fonction du type de maladie. Ces hôpitaux communément appelés Centre Hospitalo Universitaire (CHU) tels que l'hôpital Gabriel Touré et le Point G constituent le dernier recours des patients pour leurs soins.

2.2.1 Visites des malades à l'hôpital du district et de 3ème niveau de référence national

La majorité de la population (environ 57%) fait les visites dans le CSRéf. Pour les hôpitaux de 3ème référence tels que les hôpitaux du Mali, Gabriel Touré, Luxembourg, Point G et Kati les taux de fréquentation sont faibles (de 0 à 25%) par rapport à l'hôpital du district qui est de 57%. (Graphique n°2).

Graphique n°2: Fréquence de visites dans les hôpitaux de référence par les enquêtés

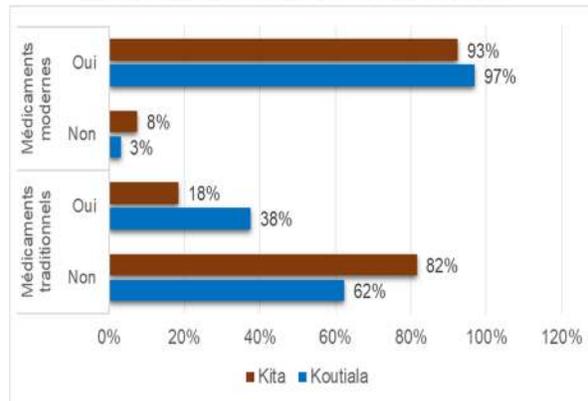


Source : KONE K., 2018

L'analyse du graphique n°2 montre la fréquence des visites des malades par les populations. Le graphique n°2 révèle que 57% des enquêtés font leurs visites au niveau des CSRéf (hôpital du district). L'hôpital Gabriel Touré se classe en deuxième position avec 25% des enquêtés et 2% pour l'hôpital Mère- enfant (le Luxembourg). L'ensemble des visites, 43% ont été réalisées dans les hôpitaux de 3ème référence. En plus, les

centres privés sont sollicités dans les choix des patients avec la libéralisation du secteur aux professionnels sanitaires. Le taux de fréquentation des structures privées est de 6% et environ 3% préfèrent l'automédication. L'achat des médicaments est fonction du pouvoir d'achat des patients. Si certains malades se procurent les médicaments à la pharmacie, d'autres au contraire privilégient les médicaments traditionnels ou ceux de la rue (Graphique n°3).

Graphique n°3: Proportion d'utilisation des médicaments dans les deux cercles



Source : KONE K., 2018

La graphique n°3 révèle que 93% des enquêtés utilisent les médicaments modernes à Kita. Certains préfèrent les médicaments traditionnels notamment à Koutiala avec 38% des enquêtés. Cette proportion d'utilisation dépend souvent du pouvoir d'achat des ménages. A Koutiala, 74% des enquêtés ont un revenu inférieur à 50 000 Fcfa, tandis qu'à Kita il est de l'ordre de 85%. A cela, il faut ajouter la distance à parcourir pour accéder aux différents centres de santé. La distance maximale du centre de santé communautaire (CSCOM) au centre de santé de référence (CSRéf) est de 160 km à Kita contre 90 km à Koutiala. Dans la zone de Kita, 58 % des enquêtés trouvent que la distance est longue et à Koutiala 42%.

La plupart des maladies vécues ne font pas l'objet de consultation dans un centre moderne. Cette situation est due le plus souvent au manque

de ressources financières car les médicaments modernes sont généralement payés dans les pharmacies. La plupart des ordonnances prescrites sont achetées à 98% à la pharmacie la plus proche. Certains approvisionnent soit chez un relais ou un étalagiste. Seulement 2% des enquêtés préfèrent acheter avec les vendeurs ambulants ou avec les vendeuses médicaments par terre dont une tendance à recours préférentiellement à l'un ou l'autre type de thérapeutes selon les maladies (Richard JL., 1985, p.145). Pour le choix du lieu de traitement, il est basé sur la proximité à la population (Tableau n° 4).

Tableau n° 4: Raisons du choix de lieu de traitements

Choix du lieu de traitement	Pourcentage (%)
Confiance	21
Être guéri	9
Présence de médicaments	1
Pas de centre dans la zone	5
Pas de personnel qualifié	2
Proche	52
Qualité de travail	7
Spécialiste	2
Transféré	1
Total	100

Source : KONE K., 2018

L'analyse de ce tableau laisse entrevoir que pour 52% des malades le choix du lieu de traitement est fonction de la proximité contre 21% qui se fondent sur la confiance accordée aux agents de santé et 7% de la qualité du travail. En plus 18% des enquêtés souhaitent leur guérison car disent-ils ce sont des lieux sûrs. Des transferts ou évacuations vers l'hôpital du district représentent 1%. L'interview avec les DTC, affirme que 65% des transferts se font à l'aide du système de référence évacuation. Le moyen de transfert est l'ambulance du CSRéf et 30% des cas de transfert se réalise grâce aux propres moyens (motocyclette, vélo) des ménages.

Dans ces localités, la majorité des consultations se font auprès de directeurs techniques des centres (Tableau n°5).

Tableau n°5: Différents spécialistes rencontrés par les malades dans les deux zones

Cercles	Aide soignant	DTC	Généraliste	Infirmier	Matrône	Médecin	Obstétricienne	Pharmacien	Automédication	Autres	Total
Koutiala	4	28	5	18	1	6	30	0	2	5	100
Kita	0	20	11	26	4	8	21	1	0	9	100
Total	3	24	10	22	3	7	26	0	2	3	100

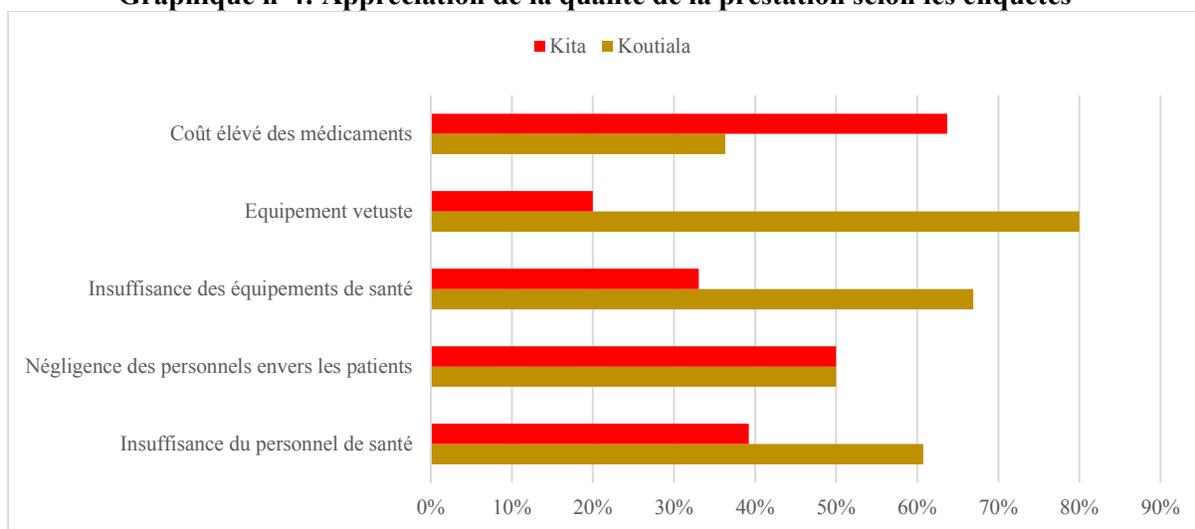
Source : KONE K., 2018

A Kita comme à Koutiala, nous nous sommes intéressés à plusieurs spécialistes du domaine de la santé. En effet, 28% des contacts se sont passés avec les Directeurs Techniques des Centres et 18 % avec des infirmiers (ères).

Pour le traitement à domicile environ 67% des agents font le déplacement pour rejoindre les malades à domicile. L'analyse des

comportements des professionnels de santé dépend de la manière de la prestation. Certains patients trouvent acceptables leur comportement par contre d'autres mauvais. Mais l'insuffisance de la qualité de la prestation est due à des facteurs tels que l'insuffisance de personnels de santé surtout qualifiés qui joue beaucoup sur la qualité des prestations (Graphique n°4).

Graphique n°4: Appréciation de la qualité de la prestation selon les enquêtés



Source : KONE K., 2018

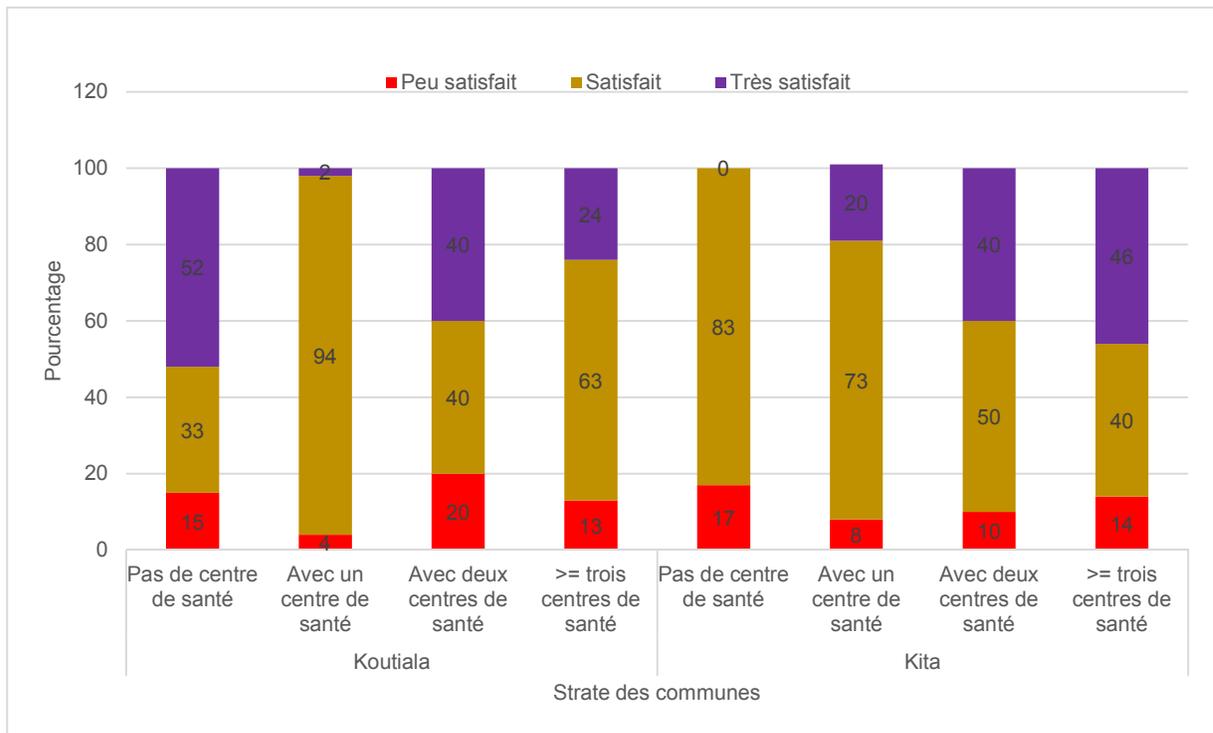
La graphique n°4 indique l'appréciation de la qualité des prestations qui est fonction du nombre de personnel de santé. Ainsi, 42% des enquêtés trouvent que la qualité de la prestation est due à l'insuffisance de personnel de santé. Si certains pensent que le coût des médicaments est très élevé, d'autres trouvent que les agents de santé sont négligents envers les patients. Dans certaines zones, les équipements vétustes peuvent aussi jouer sur la qualité de soins. L'enquête de la direction de la pharmacie du Mali en 2005, montre que la mauvaise

prescription médicamenteuse a des répercussions sur la santé des ménages.

2.2.2. Accueil des patients aux centres de santé

Pour les usagers des centres, il y a un rapport entre la qualité des soins et celle de l'accueil, qui donnent une bonne ou mauvaise image du centre. Il ressort des résultats que les patients sont dans l'ensemble bien accueillis dans les différents centres à Kita comme à Koutiala (Graphique n° 5).

Graphique n° 5. Taux d'appréciation de l'accueil des patients aux centres de santé du cercle de Kita et de Koutiala



Source : KONE K., 2018

La plupart des patients, sont satisfaits de la qualité des prestations quelles que soit les strates des communes par cercle. Ainsi 15% des enquêtés sont peu satisfaits suite au comportement et à la qualité de la prestation dans les communes qui n'ont pas de centre de santé à Koutiala et ce taux est de 17% à Kita. Selon les résultats d'enquête, les populations sont globalement satisfaites quel que soit la strate. Mais certains sont peu satisfaits même dans les communes qui ont les centres de santé, d'où la relativité de l'appréciation.

Au niveau de la population, la pauvreté se trouve être la principale cause de la non fréquentation des structures sanitaires parmi d'autres (Tableau n°6).

Tableau n° 6: Raisons entravant les consultations dans les centres de santé

Causes	Pourcentage (%)
Coût élevé des médicaments	2
Distance	2
Manque d'argent	57
Manque de confiance	5
Pas de réponse	12
Rien	22
Total	100

Source : KONE K., 2018

Le manque de ressources financières a des effets néfastes sur le taux de consultation. Ainsi, 57% de nos enquêtés imputent le faible taux de fréquentation à la pauvreté et 2 % le lient à la distance, à l'état des routes, au coût élevé des médicaments, au manque de temps et de

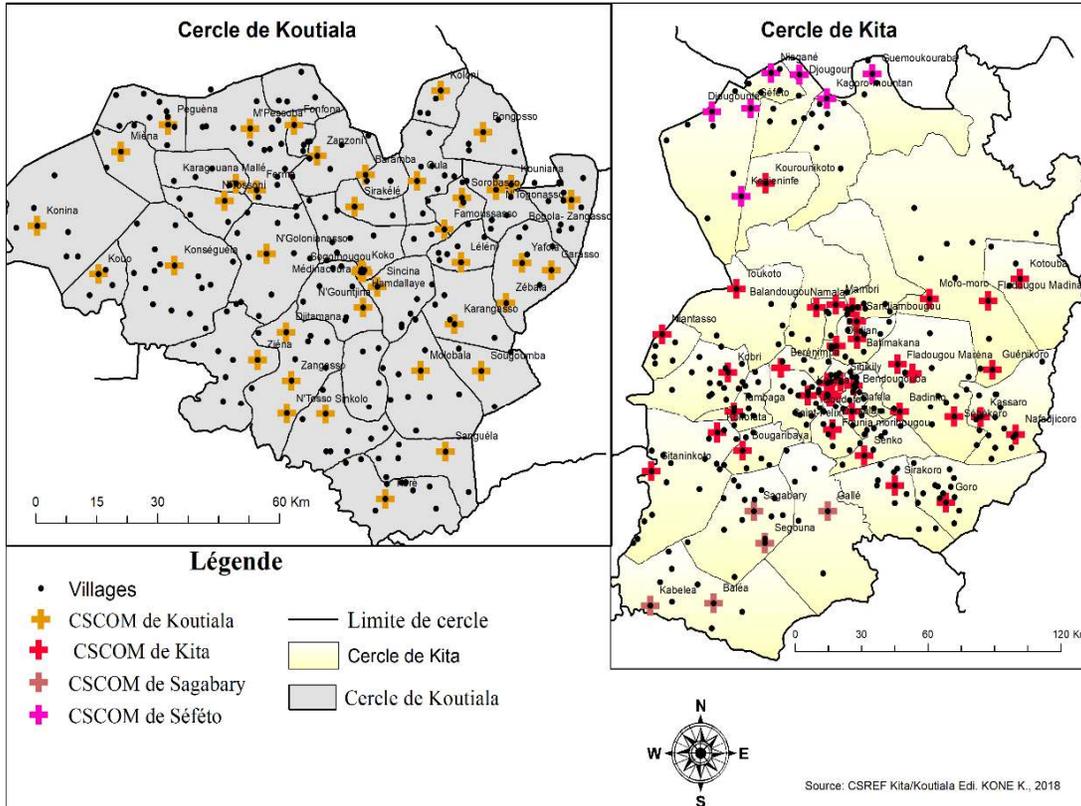
Morbidité et recours aux soins de santé dans les cercles de Kita (région de Kayes) et Koutiala (région de Sikasso)

confiance etc. Il convient de noter que 22% trouvent qu'aucune des raisons citées ci-dessus n'empêchent leur consultation.

2.3. Les districts sanitaires du cercle de Kita et de Koutiala

A travers ces différentes réalisations, le cercle de Koutiala compte un seul district sanitaire avec 42 aires de santé et Kita, tandis que le cercle de Kita compte trois districts sanitaires avec 49 aires de santé à savoir le district de Kita, Sagabary et Séfêto (Carte n°2).

Carte n°2: Centres de santé communautaire du cercle de Kita et de Koutiala



La carte n°2 représente la cartographie des 42 CSCOM du cercle de Koutiala et les 49 CSCOM de celui de Kita. Ils sont considérés comme les premiers contacts de la population de l'aire de santé. Le cercle de Koutiala compte 36 communes et 264 villages. En plus des aires du district de Kita, nous avons l'hôpital Mère-Enfant dont la mise en activité ne date que de janvier 2019.

2.4. Distance des centres de santé communautaires aux districts sanitaires

La distance des CSCOM aux districts sanitaires varie selon les cercles. De manière général, les

distances sont relativement longues, ce qui influe sur le recours des populations aux centres de santé. Toutes les communes disposent d'au moins un CSCOM sauf la commune de Dindanko dans le cercle de Kita. Dans le cercle de Koutiala seules les communes de Zanina et de Kapala sont dépourvues de CSCOM.

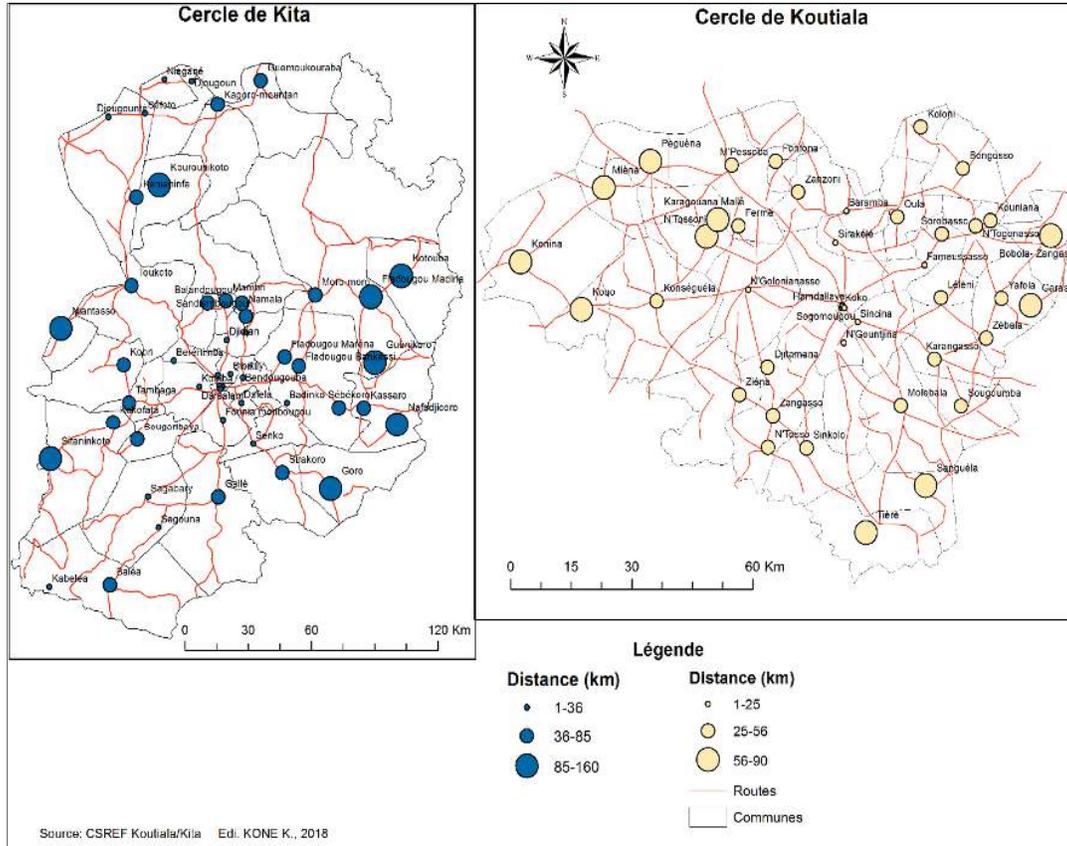
Chaque district est affilié à un hôpital de référence le plus proche. A cet effet, l'Hôpital régional de Sikasso est situé à 145 km de Koutiala, quant à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, il est à 405 km de Kita.

Les districts sanitaires sont constitués par des aires de santé et les centres de santé communautaires qui correspondent au premier

contact des populations pour des besoins de soins curatifs et préventifs. Ils sont situés à une certaine distance par rapport aux centres de santé de références (districts). La longueur entre les

deux structures est fonction des types de voies d'accès dont la distance minimale est d'1 km et la maximale est de 90 km à Koutiala, par contre elle est d'1 km à 160 km à Kita (Carte n°3).

Carte n°3 : Distance des centres de santé communautaire du centre de santé de référence du cercle de Koutiala et de Kita



La carte n°3 indique la distance par route entre les différents centres de santé communautaires. La distance varie selon les cercles et les routes qui les séparent. A Koutiala, 17% des centres de santé communautaires sont distants de 1 à 25 km du district sanitaire au centre de santé de référence constitué par 7 CSCOM. Ensuite 31% des CSCOM sont distants de 56 à 90 km soit 13 centres de santé communautaires. Cette classe constitue la distance maximale par rapport à l'hôpital du district mais le CSCOM le plus distant est celui de Konina situé à 90 km.

A Kita, les plus distants sont le CSCOM de Kotouba à 160 km et Kourininkoto à 110 km. Les centres qui sont à 85 et 160km représentent 9 centres de santé communautaires soit 18% alors que la classe 1 à 36 km constituée par 20 centres de santé communautaires correspondent à 20% constituant ainsi la classe minimale.

La distance moyenne des aires de santé de Kita au CSRéf est de 53,30 km ; tandis que pour le district de Sagabary il est de l'ordre de 40,6 Km et 37 km pour Séfêto.

Pour le district sanitaire de Sagabary, le CSCOM de Baléa est à 80km du CSRéf de Sagabary et

Gallé à 70km, Kabeléa est à 20 km. Dans le district de Séfeto, le CSCOM de Guemoukouraba est à 80km, Kagaro-Moutan à 55km, Djougoun à 36km.

3. DISCUSSION

Cette étude a permis de comprendre qu'au niveau des deux cercles la morbidité la plus importante est le paludisme et l'accessibilité aux soins est fortement dépendante de plusieurs facteurs.

3.1. Le paludisme et les affections digestives, cause de morbidité des populations des cercles

L'état de santé des personnes varie dans les deux cercles, et les pathologies dont souffrent les populations sont le paludisme et les maladies respiratoires. Ces maladies qui dans la plupart des cas entravent la pratique de leurs activités quotidiennes ont fait l'objet de consultation sanitaire. Afin de réduire la morbidité consécutive à ces pathologies, l'accès aux soins de santé demeure une priorité. Le paludisme représente 29% des motifs de consultations à Koutiala contre 16% à Kita. Par contre à Kita, les maladies intestinales sont les principales causes de consultations. Ce résultat corrobore ceux obtenus par l'Enquête Démographique de Santé (EDS IV, 2006, p.55) qui indiquent qu'au niveau national, le paludisme est à l'origine de 47,7% des décès chez les enfants de moins de 5 ans et plus de la moitié dans la tranche de 0 à 4 ans. Cette pathologie représente la première cause de consultation. Des résultats similaires ont été obtenus par l'étude (SLIS, 2015, p.114) montrant que le taux de morbidité dû au paludisme grave représente environ 37,7%, suivi de la malnutrition aiguë sévère avec 405 décès soit 9,9%.

3.2. Le Centre de Santé Communautaire (CSCOM), lieu privilégié de consultations sanitaires

Selon le taux de fréquentation des centres de santé, 99% des malades se sont soignés dans un centre de santé de moderne. Le type de centre de santé fréquenté est généralement le CSCOM qui

constitue une préférence des lieux de consultations pour les soins de santé de la population, et de fait il représente la base de la pyramide sanitaire. Dans les deux cercles le CSCOM est beaucoup fréquenté comme l'atteste le taux de fréquentation de 73% à Kita et 66% à Koutiala contre 7% pour le dispensaire à Kita et 35% à Koutiala. Ces résultats obtenus sont comparables à ceux de l'EMOP, 2016 qui trouvent que le premier recours en cas de maladie des populations est le centre de santé communautaire avec 55,2% des enquêtés, les guérisseurs traditionnels ou marabout avec 15,9%. Le CSCOM représente la structure la plus proche des populations, et de ce fait, le plus utilisé par elles quel que soit le milieu. Ces résultats corroborent ceux obtenus par Manzambi J.K (2009, p. 3) qui trouve que les centres de santé sont les plus sollicités avec 74,3% et 60,4% pour les dispensaires privés. En ce qui concerne les hôpitaux de dernier recours ; leur choix est souvent fonction du type de maladie. Ces hôpitaux communément appelés Centre Hospitalo Universitaire (CHU) constituent le dernier recours des patients pour leurs soins.

En ce qui concerne les limites de la présente étude, il est important de signaler les difficultés d'accès aux informations et la non coopération des personnes ressources. Aussi, l'une des limites a été le manque de données sur la morbidité diagnostiquée au sein des structures sanitaires.

3.3. Le manque de ressources financières comme facteur entravant les consultations sanitaires

En Afrique en général et au Mali en particulier, l'accès aux soins de santé est fortement dépendant de la capacité financière des patients. Cette contrainte pousse un nombre important de malades à s'orienter souvent vers les soins traditionnels ou vers les médicaments de la rue. Ainsi, le manque de ressources financières a des effets néfastes sur le taux de consultation. Ainsi, 57% de nos enquêtés imputent le faible taux de fréquentation à la pauvreté et 2 % le lient à la

distance, à l'état des routes, au coût élevé des médicaments. Ce résultat confirme celui obtenu par SANNI Y, SAMUEL I-P (2011, p.68).

Selon lequel « l'accès aux soins est d'abord envisagé à partir des barrières financières qui entravent la jouissance d'un certain nombre de biens et de services de santé ». Selon les mêmes auteurs, de nombreuses études ont tenté de mettre l'accent en amont aussi bien qu'en aval que l'accessibilité financière est problématique dans l'accès aux soins.

CONCLUSION

Cette étude a montré que les centres de santé communautaires sont les premiers recours des populations pour les soins en cas de maladies. La priorité de consultation pour ces centres est fonction de leurs proximités. L'analyse a permis de comprendre le choix du recours aux soins de santé. Au cours des six derniers mois, l'étude révèle une prédominance des maladies infectieuses. Pour les consultations, les spécialistes rencontrés sont majoritairement des Directeurs Techniques des Centres (DTC). Les distances à parcourir pour accéder aux centres de santé sont conséquentes. L'exemple de Kotouba dans le cercle de Kita illustre parfaitement cet état où les populations parcourent environ 160 km pour accéder au centre de santé de référence de Kita. Mais à Koutiala, il est de l'ordre de 90 km pour les populations de Konina. La pauvreté de la population et le manque de confiance aux agents sanitaires font que certaines personnes préfèrent les médicaments traditionnels ou s'adonnent à l'automédication. Ces différentes difficultés expliquent en grande partie le faible engouement des populations et le faible taux d'utilisation des structures sanitaires à Kita aussi bien à Koutiala. En perspective, l'Etat doit créer davantage de centres de santé de proximité pour rendre les services de santé plus efficaces et abordables aux populations majoritairement pauvres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Direction de la Pharmacie et du Médicament, 2005, Qualité de la prescription et de la dispensation des médicaments au Mali. Rapports d'enquête, 37p.

DNS, 2017-2021, Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées (M.T.N). Mali

DOUMBOUYA Mohamed Lamine., 2008, « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest le cas de la Guinée », Laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions EA4012 – Université Lumière Lyon 2, 20p. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs_00229696, consulté le 14/10/2016, 23h10mn. <https://www.lesoir.be/art/1090665/article/actualite/citoyennete/2016-01-11/1> consulté le 28/01/2021 à 12h34.

INSTAT., 2009, 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat, Répertoire des villages.

INSTAT., 2017, Consommation pauvre bien-être des ménages, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), 75p.

KANTA Kadidiatou., 2007, Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), thèse Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie, 211p.

MANZAMBI Joseph Kuwekita, 2009, « les déterminants du comportement de recours au tradipraticien en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo », revue Psychologie et Société Nouvelle volume 7, pp. 3-19 <https://onlinelibrary.wiley.com>, consulté le 22/12/2018, 20h.

MASUDI Amina Keren, 2012, « Problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaires en

Morbidité et recours aux soins de santé dans les cercles de Kita (région de Kayes) et Koutiala (région de Sikasso)

milieu urbain ou rural », Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) Goma-Graduat [en ligne] <https://www.memoireonline.com/04/problematiqueaccesssoins>, consulté le 12/04/2019, 10h00

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Annuaire statistique du Système d'Information Sanitaire 2012, 2013, 2014, 2015, 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2009, Le droit à la santé, Fiche d'information n°31, ISSN 1014-5605, 57 p https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf consulté le 22/06/2021

RICHARD Jean Luc, 2001, « Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Benin) », Faculté des Lettres et Sciences de l'Université de Neuchâtel https://doc.rero.ch/record/474/files/these_richardjl.pdf 27/01/2021. 13h10mn

SALEM Gérard, 2008, « Morbidité mortalités, Environnement Risques santé 2008 ». [en ligne] <http://sante-enfants-environnement.com>, consulté le 11-04-2019, 10h09mn.

SALEM Gérard., 1995, Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest, Géographie d'un petit espace dense Pikine (Sénégal), Université Paul Valéry Montpellier III, 327 p.

SANNI Yaya, SAMUEL Ileka-Priouzeau, 2011, « Accès et équité dans les systèmes de soins de santé en Afrique », <http://hdl.handle.net/10393/20654>, Sciences de la santé - Publications.

TREMBLAY, Jean-Marie., 2002, Jean-Jacques Rousseau « Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes » (1754) Édition électronique v. : 1,0 : Les Échos du Maquis, 2011. <https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Discours-sur->

lin%C3%A9galit%C3%A9-1754.pdf consulté le 20/02/2021 à 10h09mn

USAID, 2014, Rapport de mise en œuvre de la CPS chez les enfants âgés de 3-59 mois au niveau du district sanitaire de Kita, région de Kayes, Mali.