

FREQUENTATION DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES DANS LA REGION DE KOULIKORO, MALI

Utilisation of community health centres in Koulikoro region, Mali.

T. Sidibé (1), H. Sangho (2), S. Doumbia (3), L. Coulibaly (2,3) & H.D. Kéïta (2)

(1) Direction nationale de la santé, BP E5675 Bamako ; (2) Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS), BP 2109, Bamako, Tél (223) 221 21 52, e-mail : credos@afribonemali.net ; (3) Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS), BP 1805 Bamako, Mali.

Correspondances : Dr Hamadou SANGHO, (adresse ci-dessus)

RESUME : Au Mali depuis l'adoption de la politique de création des centres de santé communautaires (CSCOM) à nos jours, leur nombre a connu une progression remarquable : 370 en 1998 et 660 en fin 2003. Concernant le personnel sanitaire, le ratio par habitant reste toujours faible par rapport aux normes internationales. En 2001 pour le premier niveau de contact, les ratios étaient de : 1 médecin pour 14612 habitants (norme étant de 1/10 000) ; 1 infirmier pour 13989 habitants (norme OMS étant de 1/10 000). Malgré les efforts fournis, les objectifs prévus sont loin d'être atteints. Par exemple, le taux d'utilisation de la consultation curative était de 0,19 nouveau contact (Nc)/an/habitant 0,19 en 2003. L'objectif prévu est de 0,50 Nc/an/Habitant. Notre étude avait comme objectif d'identifier les déterminants qui pourraient expliquer cette sous fréquentation afin de proposer des stratégies pour amener les populations à mieux fréquenter les centres.

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée à Banamba et à Dioïla dans la région de Koulikoro du 19 avril au 8 mai 2004. Les résultats obtenus ont été collectés auprès des chefs de postes médicaux, du personnel des CSCOM, des responsables des associations de santé communautaires (ASACO), des mères résidant dans les aires de santé depuis au moins six mois et ayant un enfant de moins de 5 ans et des leaders communautaires.

L'analyse des résultats a montré que les femmes à Banamba (89%) fréquentaient plus les CSCOM que celles de Dioïla (60%). Les causes de la sous fréquentation des CSCOM sont surtout liées à l'instabilité du personnel, l'accessibilité géographique, à la pauvreté et à l'insuffisance d'information.

Nous recommandons aux différents acteurs d'informer et de sensibiliser la population sur l'importance des activités des CSCOM, à l'Etat de prendre en charge une partie du personnel pour améliorer leur stabilité, au ASACO d'établir les contrats de travail avec le personnel.

Mots clés : Sous fréquentation, centre de santé communautaire, Mali

SUMMARY : In Mali since the adoption of community health center (CSCOM) politics, their number knew a progression remarkable : 370 in 1998 and 660 in the end of 2003. Concerning the health staff, the ratio always remained per capita weak in relation to the international norms. In 2001 for the first level of health center, the quantum was : 1 physician for 14612 inhabitants (norm being of 1/10 000) ; 1 nurse for 13989 inhabitants (WHO norm being of 1/10 000). In spite of the well stocked efforts, the foreseen objectives are far from being reached. For example, the used rate of curative consultation was of 0,19 new contact/year/inhabitant. The foreseen objective is of 0,50. Our survey had as objectives to study the reasons of CSCOM's under frequenting, to identify the reasons and to propose some recommendations to improve the situation.

We conducted a cross-sectional study that had taken place in Banamba and Dioïla in the Koulikoro's region in April 19 to May 8, 2004. Interview have been performed with the head of CSCOM, the CSCOM's staff, the persons responsible of community health association (ASACO), the mothers residing in the areas at least six months and having a child less than 5 years and the community leaders.

We found that women in Banamba (89%) frequented the CSCOM more than those of Dioïla (60%). The reasons of the CSCOM's under frequenting are especially bound to the staff's instability, the geographical accessibility, to poverty and to the insufficiency of information.

We recommend to the different actors to inform and to sensitize the population on the importance of the CSCOM's activities, to the state to take the staff's part in charge to improve their stability, in the ASACO to establish the contracts of work with the staff.

Keys words : Utilisation, community health centre, Mali.

INTRODUCTION

La déclaration de la politique sectorielle de santé et de population a été adoptée par le Mali en 1990. Ensuite le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 1998-2007 a été élaboré [9]. A partir de ce

plan, un programme quinquennal a été élaboré dénommé PRODESS (Programme de Développement Sanitaire et Social) pour la période 1998-2002. Un des objectifs du PRODESS était d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer la qualité des soins afin

d'offrir un paquet minimum d'activités (PMA) aux populations les plus éloignées [10]. Les CSCOM (Centres de santé communautaires) constituent le premier niveau de contact de la population avec la pyramide sanitaire. Au Mali la mise en place des CSCOM a connu une évolution progressive : 370 en 1998, 660 en fin 2003 [5]. Mais force est de constater que depuis la mise en œuvre du PRODESS en 1998 : le taux d'utilisation de la consultation curative est passé de 0,17 nouveau contact (Nc)/an/habitant en 1998 à 0,19 en 2003 [6], l'objectif prévu de 0,50 est loin d'être atteint. Le taux de couverture de la consultation prénatale (CPN) a été estimée à 57% [11], l'objectif prévu étant de 80%. Le taux de couverture des accouchements assistés a été estimé à 45% selon la troisième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM III), l'objectif prévu étant de 80%. Une étude sur la qualité des soins en milieu urbain (Bamako) en 2000, a permis de constater que le coût de la consultation et du transport agissaient négativement sur la demande de soins, qu'il existait une iniquité dans l'accès aux soins ; les pauvres ont surtout recours à l'automédication (coût moins élevé de l'ordre de 300 à 350 F CFA) et aux tradithérapeutes [13]. La présente étude avait pour objectif d'identifier les déterminants qui pourraient expliquer cette sous fréquentation afin de proposer des stratégies pour amener les populations à mieux fréquenter les centres.

METHODOLOGIE

La République du Mali couvre une superficie de 1 241 248 km² et est divisée en 8 régions administratives dont Koulikoro qui est la 2^{ème}. La région de Koulikoro se divise en 7 cercles dont Banamba et Dioïla qui ont servi de lieu d'étude. Le cercle de Banamba couvre une superficie de 7 500 km² avec une population de 144 598 habitants, le cercle de Dioïla une superficie de 12 794 km² avec une population de 198 350 habitants. Au Mali le CSCOM est le premier niveau de contact avec le système de soins. Le CSCOM est un établissement sanitaire géré par une Association de santé communautaire (ASACO) et offrant le PMA (paquet minimum d'activité) constitués de soins curatifs, préventifs et promotionnels. Il est généralement dirigé par un infirmier et souvent par un médecin. Le CSCOM fonctionne sur la base d'un système de recouvrement des coûts constitué de cotisations, de la vente des médicaments et des recettes issues de la tarification des actes. L'ASACO qui supervise le fonctionnement du centre, édicte les politiques de recouvrement des coûts et de pérennisation. La zone d'intervention du CSCOM est appelée aire de santé. Banamba compte 17 aires de santé

dont seulement 8 sont fonctionnelles. Dioïla compte 15 aires de santé dont 9 fonctionnelles.

1- Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale au niveau des centres de santé communautaires, des femmes ayant des enfants de moins de 5 ans, des responsables des associations de santé communautaires et des leaders communautaires. Elle s'est déroulée du 19 avril au 8 mai 2004.

2- Stratification des CSCOM (définition opérationnelle) : l'aire de santé est à potentiel nul si elle n'a ni CSCOM, ni ASACO ;

- potentiel insuffisant si l'ASACO est présente mais non fonctionnelle ;
- potentiel partiel si le CSCOM et l'ASACO existent mais avec un personnel et un PMA insuffisants,
- potentiel complet si le CSCOM et l'ASACO existent avec un personnel et un PMA complet.

3- Echantillonnage : La région de Koulikoro a été choisie parce qu'elle avait le plus faible taux d'utilisation de la consultation curative (CC) : 0,10 NC (Nouveau Contact)/an/Habitant [8]. Dans la région de Koulikoro, Dioïla a été retenu pour son plus faible taux d'utilisation de la CC : 0,08 Nc/An/hts ; Banamba pour son taux le plus élevé : 0,16 NC/an/Hbts. Dans chaque cercle, après une stratification des aires de santé en 4 classes selon la potentialité, un CSCOM a été choisi de façon aléatoire à l'intérieur de chaque classe. L'enquête de la population a été faite auprès des ménages. Basé sur une précision de 5% p = 0,19 (taux d'utilisation de la consultation curative), q = 0,81, alpha = 5%, facteur de correction de 2, nous avons obtenu une taille minimum n=493 mères. Cet effectif a été réparti entre les 8 villages. Pour chaque aire de santé, nous avons choisi de façon aléatoire deux villages ; un village situé à moins de 5km et un situé entre 5 et 15km soit au total 8 villages par cercle. Dans chaque village, nous avons interrogé 68 mères et réalisé 2 focus group.

6. Technique et instruments de collecte : Les techniques utilisées ont été l'interview, l'observation et le focus group. Cinq types de questionnaires ont été utilisés dont :

- un questionnaire relatif à l'équipement des CSCOM retenus ;
- un deuxième adressé aux chefs de poste des CSCOM ;
- un troisième questionnaire adressé aux principaux responsables des ASACO
- un quatrième questionnaire a concerné les mères ayant des enfants de 0 – 5 ans résidant dans les zones de l'étude depuis au moins 6 mois ;
- un cinquième questionnaire pour focus group a été adressé à un groupe de leaders parmi les hommes (chef de village, imam,

prêtre, représentant d'associations) et à un groupe parmi les femmes (présidente des femmes, représentantes d'associations ou d'ONG féminines).

RESULTATS

1. Caractéristiques des centres : Les chefs de poste médicaux enquêtés (n= 6) étaient tous de sexe masculin dans les deux cercles.

A Banamba, les aides soignants étaient prédominants (66,7%). La durée de l'exercice des chefs de postes était en moyenne de 5 ans. Le reste du personnel était composé de matrones, de gérant de pharmacie. Le dépôt de médicaments n'existait que dans un CSCOM. Dans le seul dépôt de Boron (Banamba), 5 médicaments sur 10 ont été en rupture de disponibilité. Les ruptures de médicaments étaient dues à une mauvaise gestion du stock et à une rupture d'approvisionnement au dépôt répartiteur de cercle dans le seul CSCOM où le dépôt existait. A Dioïla les infirmiers étaient prédominants (66,7%). Un seul médecin était présent comme chef de poste. La durée de l'exercice des chefs de postes était en moyenne de 2 ans. Le dépôt de médicaments existait dans les trois CSCOM. Un seul CSCOM a été en rupture d'approvisionnement en Phénoxy-méthylpenicilline 250 mg cp. La mauvaise gestion du stock était la seule cause de rupture dans ce CSCOM.

2. Entretien avec les responsables d'ASACO

Les responsables des ASACO interviewés étaient au nombre de 6 à Banamba et de 8 à Dioïla.

A Banamba 5 responsables sur 6 avaient le niveau primaire et 5 sur 6 étaient agriculteurs. La qualité des prestations était jugée bonne par 4 responsables sur 6. Quant au comportement du personnel dans les centres, 3 responsables sur 6 ont jugé mauvais le comportement du personnel à Banamba.

A Dioïla 3 responsables sur 8 avaient le niveau primaire et 7 sur 8 étaient agriculteurs. La qualité des prestations était jugée bonne par tous les responsables interviewés. Concernant le comportement du personnel dans les centres, tous les responsables étaient unanimes quant au bon comportement du personnel.

3- Entretien avec les ménages : Les mères enquêtées étaient pour la plupart des femmes mariées (97,4% à Banamba et 97,2% à Dioïla). Elles étaient majoritairement des ménagères (94% à Banamba et 98% à Dioïla) n'ayant pas de niveau d'instruction (89% à Banamba et 85% à Dioïla). Parmi les femmes ayant signalé la présence de maladie les trois derniers mois, celle de Banamba ont eu plus recours aux centres 55,7% contre 33,8% à Dioïla (P<0,001) (Tableau I). La proportion des femmes ayant eu un enfant malade ces trois derniers mois a

été comparable dans les deux cercles (52,6% à Banamba et 51% à Dioïla) avec P=0,76. En cas de maladie des enfants 47% des femmes de Banamba se sont rendues au centre de santé contre 38,6% à Dioïla (P= 0,02). Le premier recours des femmes qui ne fréquentaient pas le CSCOM dans les 2 cercles était l'automédication (64% Banamba et 41% à Dioïla ; 26,8% des femmes de Banamba ne sont parties nulle part contre 37,7 à Dioïla (P=0,001) (Tableau II). La raison de ce recours repose sur la décision du mari. Les moyens utilisés par la plupart des femmes pour se rendre au centre étaient la charrette (57,7%) à Banamba et le Vélo (45,7%) à Dioïla. L'accueil était satisfaisant dans les centres de Banamba selon 94,4% des femmes contre 93,6%, à Dioïla. Les femmes ont jugé le personnel disponible lors des heures de service à 91% à Banamba et 95% à Dioïla. L'accueil a été jugé satisfaisant par 94% des femmes à Banamba et 94% à Dioïla. Les femmes dans les deux cercles faisaient la CPN ; celles de Banamba (72,1%) étaient plus nombreuses que celles de Dioïla (61,5%) (P=0,01). La raison la plus évoquée par les femmes de Banamba était le manque d'information (32%) alors qu'à Dioïla 34% affirmaient que le mari ne l'avait pas ordonné (P<0,001). Les femmes dans les deux cercles (33%) accouchaient moins dans les CSCOM. Celles de Banamba (27,3%) accouchaient moins au centre que celles de Dioïla (38%) P =0,001- 0,45<OR<0,84). En dehors du CSCOM, les femmes de Banamba (71,3%) accouchaient plus à domicile que celles de Dioïla (56,3%).

Suivi des enfants : Le centre n'est pas le premier recours en cas de maladies des enfants, 47,7% des femmes à Banamba et 48,3% à Dioïla n'ont pas recouru aux centres avec leur enfant malade. La vaccination des enfants était correctement réalisée à Banamba dans 78% et à Dioïla dans 85,8%. Les médicaments prescrits étaient achetés selon 94,3% des femmes de Banamba et 97,1% de celle de Dioïla (Tableau III). Les médicaments étaient à majorité achetés dans les pharmacies du CSCOM : 54,1% à Banamba contre 94,2% à Dioïla (Tableau III). L'achat dans les pharmacies privées représentait 23,7% à Banamba contre seulement 4,6% à Dioïla (P<10-8) (tableau IV). Parmi les femmes qui n'ont pas payé les médicaments, le manque d'argent était signalé par 44,5% d'entre elles à Dioïla et par 26% à Banamba. Le coût moyen de l'ordonnance pourrait être en cause puisqu'il est plus élevé à Dioïla (3060F) qu'à Banamba (1700F). Le manque d'argent était la principale cause du non achat des médicaments prescrits dans les deux cercles. Mais à Banamba la rupture des médicaments était une cause dans 17,3% (Tableau V).

4 - Analyse des focus group : A Banamba et Dioïla, selon les leaders communautaires, l'itinéraire thérapeutique passait par le traitement traditionnel en premier lieu puis le CSCOM en cas d'inefficacité. A Banamba, les facteurs de sous fréquentation des centres évoqués étaient liés à l'absence de médicaments et d'équipement, au nombre insuffisant de personnel en général et au mauvais état des routes. Par contre à Dioïla étaient cités la pauvreté et la présence de prestataires parallèles.

5- Analyse multi variée : Les variables qui présentaient des différences significatives ont été retenues et mises comme variables indépendantes dans le modèle de régression. Mais aucune d'entre elles ne présentait d'Odd ratio significatif. En somme, l'analyse multi variée dans notre étude n'a pas permis d'identifier les facteurs en faveur d'une meilleure fréquentation des centres de santé.

DISCUSSION

Le choix aléatoire de Centres de Santé Communautaires aurait dû porter sur les aires à potentiel partiel ou complet. Cela aurait permis d'éliminer des aires à potentiel nul qui n'avaient ni personnel suffisant et qualifié, ni dépôt de médicament ni chaîne de froid.

1. Fréquentation des CSCOM à Banamba et à Dioïla : Nous avons trouvé que les femmes de Banamba ont plus eu recours aux CSCOM au cours de leur maladie que celles de Dioïla (P=3 10-3).

A Banamba, elles ont recours plus aux centres en cas de maladies de leurs enfants (47% contre 38,6% de celles de Dioïla). Elles se sont rendues beaucoup plus aux centres pour raison de CPN à Banamba (72,1%) qu'à Dioïla (61,5%°. Au Mali Coulibaly S.O a trouvé 55% des femmes qui ont eu recours aux centres de santé à Bamako [3] et Bamba BZ à Sikasso a trouvé 91,90% des femmes qui ont déclaré avoir fréquenté le CSCOM [2].

2. Qualité des soins : Les chefs de postes médicaux de Banamba étaient moins qualifiés que ceux de Dioïla. Ils étaient plus âgés, donc peut être plus expérimentés et étaient plus stables à leur poste que ceux de Dioïla. Cette stabilité pouvait favoriser des relations de confiance entre le prestataire et les utilisateurs et être à l'origine d'une meilleure fréquentation des centres de santé. La disponibilité en médicament dans les CSCOM semblait donc meilleure à Dioïla qu'à Banamba. Cela expliquait que parmi les femmes qui ont acheté les médicaments prescrits, 54,1% d'entre elles l'ont acheté au dépôt du CSCOM à Banamba contre 94,2% à Dioïla. L'accueil était jugé satisfaisant par les femmes, le personnel disponible lors des heures de service. Tounkara a également trouvé que 98% des

femmes se disaient être satisfaites de l'accueil au CSCOM de Taliko [15]

3. Facteurs économiques : Le manque d'argent était la principale cause du non achat des médicaments prescrits dans les deux cercles. Selon l'enquête démographique et de santé, le manque d'argent représentait l'obstacle majeur rencontré par les femmes (51%) pour suivre le traitement prescrit [11]. A Dakar au Sénégal, l'obstacle principal restait le coût excessif des médicaments 60 à 70% du coût global du recours aux soins [12]. Ce coût excessif a été retrouvé par d'autres études similaires au Mali [2] [4] [1] et en Indonésie [14]

4. Facteurs socioculturels : Les femmes qui fréquentaient les centres de santé étaient analphabètes à plus de 85%. Le bas niveau d'instruction des femmes était retenu comme facteur explicatif selon Coulibaly S O à Bamako [3].

Si les femmes ne partaient pas au CSCOM elles avaient recours à l'automédication (Banamba : 64% ; Dioïla : 40,8%). Coulibaly S O, a trouvé 69% des enquêtés qui ont déclaré avoir pratiqué l'automédication sur conseils des parents, 23% sur leur initiative personnelle. Les résultats de l'EDS-III ont trouvé 18% des femmes qui ont attribué leur difficulté d'accéder aux soins à la demande de permission pour aller se soigner [11]. Dans 26,8% à Banamba et 37,7% à Dioïla les femmes ne partaient nulle part (ce qui correspondait certainement à une automédication), elles ne consultaient le guérisseur que dans une faible proportion (B : 7,2% ; D : 6,9%). Les raisons retrouvées pour le choix d'un recours autre que le centre de santé étaient liées à la vision populaire de la maladie : l'Influence de la tradition fait encore croire que certaine maladie ne relèvent pas du domaine de la médecine moderne. Aussi le fait de ne pas amener un enfant en consultation parce qu'il est trop petit pour sortir de la maison est dû à désir de protection de l'enfant ; ou à un diagnostic de bénignité de la maladie. Les recours aux centres sont liés au jugement que les femmes se faisaient de la maladie. Pour les maladies jugées non graves on a recours à l'automédication ou au traitement traditionnel. On recourait au centre seulement si l'épisode tardait à passer. Mariko M a trouvé que le jugement de la non gravité de la maladie (39% à Abidjan, 32% à Conakry et 18% à Bamako et Dakar) était la cause qui poussait les ménages démunis à recourir à l'automédication [8]. Dioubaté Y et sangaré M à Conakry ont trouvé que le recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication était choisis en fonction des raisons qui divergeaient selon le niveau de vie : 64,9% des malades de ménage non pauvre évoquaient la

non gravité de la maladie et seulement 17,5% justifiaient leur choix par le désir d'éviter le paiement du coût de la consultation [8].

CONCLUSION

Il est ressorti de l'enquête réalisée auprès des femmes que les mères de Banamba fréquentaient plus les CSCOM que celles de Dioïla ($p : 5.10^{-2}$), consultaient plus en cas de maladie des enfants ($p : 10^{-2}$) et étaient plus fréquentes à faire des CPN ($p : 10^{-3}$).

Les quelques éléments distinctifs retrouvés à Banamba pouvant expliquer une meilleure fréquentation étaient liés : à la stabilité et à la disponibilité du personnel favorisant des relations de confiance ; à des facteurs économiques avec un coût d'ordonnance moins élevé à Banamba qu'à Dioïla malgré la plus grande disponibilité des médicaments et des vaccins à Dioïla.

Nous recommandons aux différents acteurs d'informer et de sensibiliser la population sur l'importance des activités des CSCOM, à l'Etat de prendre en charge une partie du personnel pour améliorer leur stabilité, au ASACO d'établir les contrats de travail avec le personnel.

REFERENCES :

- 1- Bagayogo Z. Recours tardif aux soins des enfants de moins 5 ans atteint de paludisme. Comportement, attitude et pratique des parents ; Mémoire d'assistant médical. Bamako, juillet 2002, 22p
- 2- Bamaba BZ- Etude sur les raisons de la faible fréquentation du CSCOM de Kafouziela par les FAP dans le cercle de Sikasso. Mémoire, Assistant médical, Bamako, Décembre 2002, 52 p.
- 3- Coulibaly S.O. Etude sur l'équité dans l'accès aux soins dans les communes V et VI de la ville de Bamako. Rapport de l'enquête socio-économique. Bamako janvier 2001
- 4- Dial lo SK. La faible fréquentation du CSCOM de SABOUGOU. Mémoire assistant médical, Bamako 2002, 36p
- 5- Direction Nationale de la Santé. Rapport d'activité de l'an 2001, Bamako..
- 6- Direction Nationale de la Santé. Annuaire S.L.I.S. 2003, Juillet 2004
- 7- Ministère des affaires étrangères de la République Française - Unicef. Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey. Résultats de la recherche menée dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Sept 2004, 217p
- 8- Ministère des affaires étrangères de la République Française - Unicef. Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey. Résultats de la recherche menée dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Sept 2004, 217p

9- Ministère de la Santé. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social : 1998-2007 Bamako-Mali, Juillet 1997

10- Ministère de la Santé. Document de synthèse du PRODESS (1998-2002), 41p.

11- Ministère de la Santé. Enquête Démographique et de Santé (EDS III) du Mali. Rapport Juin 2002 ; 450p.

12- Ministère des affaires étrangères de la République Française - Unicef. Qualité et accès aux soins de santé en milieu urbain : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey. Résultats de la recherche menée dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest, Sept 2004, 217p

13- Sacko M. La qualité des soins dans les communes V et VI du district de Bamako. Rapport, Mars 2000.

14- Saludung D. Community mobilization and empowerment for health. WORD HEALTH FORUM. 1997; 18 (3-4): 274-7.

15- Tounkara A. Recherche sur la faible fréquentation du CSCOM de Taliko par les femmes en âge de procréer. Mémoire assistant médical. Bamako 2002, 29p.

Tableau I : Répartition des femmes enquêtées à Banamba et à Dioïla en cas de maladie en avril 2004.

Recours au centre de la maladie	BANAMBA		DIOILA	
	N	%	n	%
Oui	122	55,7	67	33,8
Non	97	44,3	130	65,7
Non réponse	0	0	1	0,5
Total	219	100	198	100
X ² = 20,80		P = 0,00003		

Tableau II : Type de recours des femmes enquêtées autre que le CSCOM en cas de maladie à Banamba et à Dioïla en avril 2004.

Autres types de recours	BANAMBA		DIOILA	
	N	%	n	%
Nulle part	26	26,8	49	37,7
Automédication	62	64	53	40,8
Guérisseurs	7	7,2	9	6,9
Non-réponse	0	0	10	7,7
Autres (féticheurs, traitants ambulants)	2	2	9	6,9
Total	97	100	130	100
X ² = 18,05		P = 0,001		

Tableau III : Répartition des femmes enquêtées selon l'achat des médicaments prescrit à la consultation à Banamba et à Dioila en cas de maladie en avril 2004.

Achat des médicaments	BANAMBA		DIOILA	
	n	%	n	%
Oui	381	94,3	303	97,1
Partiellement	20	5	5	1,6
Non	3	0,7	4	1,3
Total	404	100	312	100

Tableau V : Raisons évoquées par les femmes du non achat des médicaments prescrits

Raisons	BANAMBA		DIOILA	
	n	%	n	%
Manque d'argent	6	26	4	44,5
Rupture des médicaments	4	17,3	0	0
Cherté des produits	0	0	1	11,1
Ne sait pas	11	48	20	22,2
Non réponse	2	8,7	2	22,2
Total	23	100	9	100

Tableau IV : Répartition des femmes selon le lieu d'achat des médicaments

Lieu des médicaments	d'achat	BANAMBA		DIOILA	
		n	%	n	%
Pharmacie du CSCOM		217	54,1	290	94,2
Pharmacie privée		95	23,7	14	4,6
Pharmacie par terre		4	1	0	0
Autres		72	18	2	0,6
Non réponse		13	3,2	2	0,6
Total		401	100	308	100