

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEULE - UN BUT - UNE FOI
=====

ANNEE : 1994 - 1995

N° 56/

*ECOLE NATIONALE
DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI*

*EVALUATION D'ETAPE DU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE RURAL DE DOGOUOLO
(Cercle de Bla)*

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le _____
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Bréhima TRAORE

*Pour l'obtention du Grade de Docteur
en Médecine*

DIPLOME D'ETAT

Examineurs :

PRESIDENT : Professeur Sidi Yaya SIMAGA
MEMBRES : Professeur Hubert BALIQUE
Docteur Nama MAGASSA

★

Directeur de Thèse : Professeur Moussa A. MAIGA

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

LISTE DES PROFESSEURS

ADMINISTRATION

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S.CISSE	Premier assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Docteur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général
Monsieur Mamadou DIANE	Econome

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur Alou BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho-Traumato-Secourisme
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

DER DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de chirurgie
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Taumatologie
Professeur Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chirurgie générale
Professeur A.K TRAORE dit DIOP	Chirurgie générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur SY Aïda SOW	Gynécologie Obstétrique
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousseini Ag MOHAMED	Oto-Rhino-Laryngologie
Madame DIALLO F.S DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Docteur Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Docteur Tieman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Docteur Traore J. THOMAS	Ophthalmologie

5. ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Docteur Ibrahim ALWATA	Ortho-Traumatologie
Docteur Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Professeur Brehima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Sine BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Professeur Yéya T. TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef D.E.R de Sciences Fond.
Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Professeur Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur Abdramane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Bakary M. CISSE	Biochimie
Docteur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Docteur Yenimegue A. DEMBELE	Chimie Organique

4. MAITRES ASSISTANT

Docteur Mahamadou CISSÉ	Biologie
Docteur Sckou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Docteur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Docteur N'yenigue S. KOITA	Chimie Organique
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie
Docteur Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Docteur Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANT

Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
------------------------	-------------------

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D.E.R Medecine
Professeur Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum DIALLO	Medecine interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Docteur Eric PICHARD	Maladies Infectieuses

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Professeur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Professeur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Medecine interne
Professeur Bah KEITA	Pneumo-phthisiologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Medecine interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Docteur Sominta KEITA	Dermato-léprologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Medecine interne

4. ASSISTANTS

Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Saharé FOGORO	Néphrologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine
Docteur Adama D.KEITA	Radiologie

D.E.R DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Arouna KEITA	Matière médicale
-------------------------	------------------

3. MAITRES ASSISTANS

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R Sciences pharm.
Docteur Drissa DIALLO	Matière médicale
Docteur Alou KEITA	Galénique

4. ASSISTANT

Docteur Ababacar I.MAIGA	Toxicologie
--------------------------	-------------

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Chef D.E.R Santé publique
-----------------------------	---------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Moussa A. MAIGA	Sante publique
----------------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur Sanoussi KONATE Santé publique

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bernard CHANFREAU Santé publique

Docteur Jean MICHEL Santé publique

Docteur Bocar G. TOURE Santé publique

Docteur Sory I. KABA Santé publique

Docteur Alain PRUAL Santé publique

4. ASSISTANT

Docteur Massanbou SACKO Santé publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Madame CISSE A. GAKOU	Galénique
Monsieur N'Golo DIARRA	Botanique
Monsieur Bouba DIARRA	Bactériologie
Monsieur Souleymane TRAORE	Physiologie
Monsieur Salikou SANOGO	Physique
Monsieur Daouda DIALLO	Chimie générale et minérale
Monsieur Bakary I. SACKO	Biochimie
Monsieur Yoro DIAKITE	Mathématiques
Monsieur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Monsieur Boubacar KANTE	Galénique
Monsieur Souleymane GUINDO	Gestion
Madame Sira DEMBELE	Mathématiques
Monsieur Modibo DIARRA	Nutrition
Madame MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Monsieur Niamanto DIARRA	Mathématiques

C.E.S

Docteur Georges YAYA(CENTRAFRIQUE)	Ophthalmologie
Docteur Abdou ISSA (NIGER)	Ophthalmologie
Docteur Amadou DIALLO (SENEGAL)	Ophthalmologie
Docteur Mohamed ASKIA (NIGER)	Ophthalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophthalmologie
Docteur Jonas N'DJIKAM (CAMEROUN)	Ophthalmologie
Docteur Djoro DEZOUNBE (TCHAD)	Ophthalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

Professeur E.A.YAPO	Biochimie
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNEL RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I. SOGONIKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia TRAORE	P.M.I. CENTRALE
Docteur REZNIKOFF	I.O.T.A.
Docteur J.Thomas TRAORE	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. MARCHOUX
Docteur A. DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	I.O.T.A.
Docteur Hamidou B. SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	CT. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT

Aux membres du JURY

Au président du jury

Professeur Sidi YAYA SIMAGA,
Professeur de Santé Publique, chef du D.E.R de Santé Publique à
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.
Vous ne pouvez imaginer combien grande est notre joie de vous
compter parmi nos juges. C'est pour nous l'occasion de revivre
des brefs et agréables moments passés ensemble pendant les cours
de Santé Publique. Joignant très souvent l'utile à l'agréable,
vous avez toujours su rendre nos cours passionnants et persuasifs.
Votre sens critique et vos méthodes pédagogiques forcent
l'admiration et nous nous rejouissons d'avoir eu la chance d'être
votre élève.

Puisse ce travail être l'expression de notre grande sympathie
et notre profonde reconnaissance.

Aux juges,

Professeur HUBERT BALIQUE,
Maître de conférences agrégé en Santé Publique
Conseiller F.E.D auprès du M.S.S.P.A

Nous ne saurions apprécier à leur juste valeur l'immensité de
votre culture, la richesse de votre connaissance médicale.
Vous restez pour nous un homme disponible et dévoué pour la
cause de ses étudiants.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde
admiration.

Dr Nama MAGASSA
médecin-chef du service socio-sanitaire du cercle de Bla.

Votre présence malgré vos multiples préoccupations témoigne
de l'intérêt que vous portez à ce travail. Nous sommes très
honorés de vous compter parmi nos juges. Nous vous prions
d'accepter nos sincères remerciements.

A notre directeur de thèse,
Professeur Moussa A. Maïga
Maître de conférences agrégé en Santé publique
Conseiller Technique au ministère de la santé de la
solidarité et des personnes âgées.

Vous avez réussi ce travail avec rigueur et patience. Votre
esprit critique et votre recherche du travail bien fait font
de vous que un maître que nous ne cesserons d'admirer. Nous
sommes très fier d'avoir eu à travailler à vos côtés. Trouvez
ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

JE DEDIE CE TRAVAIL

Au contribuable malien qui a consenti d'énormes sacrifices pour ma formation.

A tous mes parents

A mon aîné en Médecine Feu Lassine SAMAKÉ mort prématurément d'un accident de la circulation. Que la terre te soit légère.

A mon collègue pharmacien Feu Mamoutou BILALY KONÉ mort prématurément d'une affection cardiaque. Que la terre te soit légère.

A Mademoiselle TATOU HAÏDARA et à sa famille.

A Monsieur Jean MOREL , consultant canadien pour son assistance à la réalisation de ce travail.

A Monsieur Lassine COULIBALY , CARE-MALI pour son soutien dans la photocopie de mes documents.

A la famille BAGAYOKO à DOUGOUOLO.

Au Personnel du centre de santé communautaire de Dougouolo

A l'équipe socio - sanitaire du cercle de BLA

Je garderai de mon séjour dans l'aire de santé un souvenir inoubliable.

A tous mes camarades de promotion.

A tous mes amis et sympatisants .

REMERCIEMENTS:

J'adresse mes chaleureux remerciements à :

L'U.N.I.C.E.F pour l'appui matériel et financier qui a permis la réalisation de ce travail.

Au personnel de la division santé communautaire de l'I.N.R.S.P.

ABREVIATIONS :

P.E.V: Programme élargi de vaccination

P.D.S: Projet de développement sanitaire

Cscom: Centre de santé communautaire

S.S.P: Soins de santé primaires

M.E : médicaments essentiels

D.C.I: Dénomination commune Internationale

C.F.A.R: Centre de formation pour les animatrices rurales

P.F: Planification familiale

A.C.D.I: Agence canadienne pour le développement
International

C.C: Consultation curative

C.P.N Consultation prénatale

P.M.A : Paquet minimum d'activités.

I.N.R.S.P: Institut national de recherche en santé Publique

A.S.A.C.O.B.A: Association communautaire de Banconi.

I.D.A : International Dispensary Association.

I.B : Initiative de Bamako

U.N.I.C.E.F: Fonds des Nations Unies pour l'enfance

F.E.D: Fonds européen de développement.

M.S.S.P.A : Ministère de la santé de la solidarité et
des personnes âgées.

M.S.P.A.S : Ministère de la santé publique et des affaires sociales.

C.A.P: Connaissances - Attitudes - Pratiques.

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé.

A.T.R : Accoucheuse Traditionnelle Récyclée

P.V : Procès- verbal

O.N.G : Organisation non-gouvernementale

N.C : Nouveau consultant ou nouveau cas

F.O : fiche opérationnelle

C.L.D : Comité Local de développement

acc : accouchement

csq : comité de santé de quartier

DSC : dirigeant sanitaire communautaire

D.E.R : Département d'Enseignement et de Recherche.

SOMMAIRE

	Page
1. Introduction	1
2. Formulation du problème de recherche	3
3. Objectifs de l'étude	4
3.1 Objectifs généraux	4
3.2 Objectifs spécifiques	4
4. Revue de quelques expériences de centres de santé communautaire en Afrique et au Mali.	5
5. Méthodologie de l'étude	12
5.1 Variables de l'étude	12
5.2 Echantillonnage.	13
6. Organisation de la collecte des données	16
7. Etude du centre de santé communautaire-test de Dougouolo, dans le cercle de Bla.	18
7.1 présentation du centre de santé communautaire	18
7.1.1 Critères de création du cscom	18
7.1.2 Monographie du village de Dougouolo, site du cscom.	19
7.1.3 Historique de l'association santé communautaire.	20
7.2 Description physique du cscom	22
7.3 Fonctionnement du cscom de Dougouolo.	25
8. Résultats de l'étude	28
8.1 connaissances - attitudes et pratiques de la population bénéficiaire face aux prestations du centre.	28
8.1.1 Etude de la structure de l'échantillon.	28
8.1.2 Identification du cscom à travers ses organes de direction.	29

8.1.3	Le statut du centre	30
8.1.4	Les organes de gestion du centre de santé communautaire.	31
8.1.5	Connaissance par la population du P.M.A organisé par le centre.	34
8.1.6	Utilisation des prestations du P.M.A par la population.	40
8.1.7	Opinion des villageois sur l'acceptation de l'infirmier du cscom de Dougouolo.	44
8.1.8	Gestion du centre de santé	45
8.1.9	Satisfaction des activités du cscom	46
8.1.10	Améliorations souhaitées par la population de l'aire de santé.	47
8.1.11	Opinions des chefs de village et conseillers constituant le comité de sages de l'association.	47
8.2	Résultats quantitatifs	51
8.2.1	Fréquentation globale des activités et évolution de la fréquentation mensuelle des activités dans le cscom de dougouolo.	51
8.2.2	Qualité des soins dispensés par le cscom.	60
8.2.3	Gestion des M.E dans le cscom de dougouolo.	62
8.2.4	Evaluation de la gestion comptable du cscom de dougouolo.	65
	Compte d'exploitation annuel.	67
9.	Application du modèle de RIFKIN pour l'évaluation de la participation communautaire dans le cscom de Dougouolo.	68
9.1	Modèle théorique	68
9.2	Construction de l'échelle de RIFKIN appliqué au cscom de Dougouolo.	74
9.3	Comparaison de la participation communautaire par rapport à l'appréciation de référence d'un programme de santé (Rifkin et al 1989).	76

10.	Discussions	77
11.	Conclusion	79
12.	Références Bibliographiques	81
13.	Résumé	86
14.	Annexes :	87
	Annexe 1	Tableau des résultats qualitatifs et quantitatifs
	Annexe 2	Protocole de Recherche
	Annexe 3	Equipement du centre de santé communautaire et les questionnaires de la collecte des données.

LE JUGEMENT DES HUMAINS DONNERA TOUJOURS NAISSANCE Ä DES
"AFFAIRES DREYFUS". LE SEUL JUGEMENT SEREIN ICI- BAS EST CELUI-
LA QUI CONFRONTANT L'INDIVIDU AVEC SA CONSCIENCE LUI PERMET DE
SE FAIRE ACQUITTER EN SE DISANT " J'AI FAIT CE QUE J'AI PU ".

I. Introduction

Le MALI est un pays sahélien dont la population vit à 80% dans des zones rurales. Le pays compte plus de 13 000 villages avec un état sanitaire caractérisé par cinq grandes priorités:

- une forte mortalité infanto - juvénile(120/1000)
- une forte mortalité maternelle (700/100000)
- la menace d'affections endemo-épidémiques responsables de nombreux décès.
- la présence d'incapacités physiques à l'origine de souffrances morales et de pertes économiques.
- la menace d'affections cosmopolites sources d'une importante demande de soins(1).

Le système de santé au Mali reposait sur une organisation pyramidale et hiérarchisée des soins à travers lequel se sont réalisées les différentes expériences.

Un niveau primaire, un niveau secondaire qui est le centre de référence pour le niveau primaire et un niveau tertiaire qui correspond au dernier recours médical et comprend les hôpitaux régionaux et nationaux.

Les politiques de santé ont été marquées à l'indépendance par la gratuité des soins. Vers la fin des années 70, c'est le concept des soins de santé primaires. Il sera marqué par la création des pharmacies villageoises , la formation d'hygiénistes-sécouristes , d'accoucheuses traditionnelles recyclées. Les années quatre-vingt ont été marquées par le lancement du programme élargi de vaccination (P.E.V) , l'adoption d'une politique du médicament essentiel et la mise en place du projet de développement sanitaire (P.D.S).

Ces différentes options ont conduit à définir successivement trois grandes orientations stratégiques :
 La première où la planification sanitaire était centralisée entre les mains des décideurs politiques.
 La seconde qui a été marquée par la déconcentration de toutes les activités de type villageoise (hygiénistes-sécouristes ; matrone ; accoucheuses traditionnelles recyclées).
 La dernière qui tente de corriger les deux précédents en insistant sur la décentralisation effective des responsabilités et des actions. La décentralisation doit entraîner une mobilisation des ressources et accroître la participation insuffisante des populations à la définition de leurs problèmes de santé.

1. BALIQUE, H : la politique de santé au Mali: Analyses et orientations BAMAHO, 1992 , pp 4-5.

En 1990 le Mali a élaboré une nouvelle politique de santé (2) répondant ainsi à la demande des communautés. Cette politique s'est fixée comme objectifs d'étendre la couverture sanitaire et d'augmenter la fréquentation des services primaires par la création de centre de santé communautaire. Le centre de santé communautaire se définit dans la nouvelle politique de santé comme étant :

" une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé "(3).

Pour atteindre ce but, le cscom doit :

- . fournir un paquet minimum de soins globaux, continus et intégrés.
- . assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité du M.E en DCI
- . développer des mécanismes de recouvrement des coûts pour assurer son autofinancement.
- . organiser la participation des populations à la gestion et à l'animation des activités du centre de santé.

2. MSPAS : Déclaration de politique sectorielle :
second projet santé , population ,hydraulique rurale ; WASHINGTON , Déc 1990 , pp64-90.

3. Anonyme : Arrêté inter - ministériel du 25 Avril 1994:
MSSPA - MAT - MFC , BAMAKO , 1994, pp1-11.

II. Formulation du problème de recherche

Le présent travail porte sur l'évaluation d'étape du centre de santé communautaire de Dougouolo au cours de sa première année de fonctionnement. Toutefois cette étude analysera le point de vue de la population, sur le processus d'implantation du centre de santé communautaire. Cette démarche a été rendue nécessaire en raison de la trop grande importance accordée dans les analyses aux aspects économiques et quantitatifs de la viabilité d'un cscom, dans le cadre de la politique sectorielle de santé.

Il existe aujourd'hui, plusieurs questions de recherche de type qualitatif, touchant certains aspects humains de la participation communautaire. L'expérience pilote de Dougouolo ainsi de discuter de ces interrogations :

Comment a été implanté le cscom ? Sa genèse et ses incidents critiques ? Quelle perception se fait la population de l'aire de santé de son cscom ? Comment les activités du cscom sont-elles organisées ?

Quelle est le degré de connaissance des populations des différentes activités, des différents tarifs, du circuit de l'argent ? Et quelle appréciation en font elles ?

Comment le comité de santé a-t-il été constitué ? Comment fonctionne-t-il ? Quel rapport a-t-il avec le personnel du Cscom ? Comment se fait la prise en charge des indigents ? Comment se fait la mobilisation des ressources financières ? Quelle est le degré de participation des populations à l'organisation des activités ? à la gestion des ressources financières ? Quelle est l'exploitation annuelle du cscom ? Quelle appréciation en fait le comité de santé ? Quelle est la contribution du comité local de développement et quel pourcentage représente-t-elle par rapport à l'ensemble des dépenses de l'Asaco ?

Si ces questions sont étayées et connues par la population la phase expérimentale technique du centre pourrait être doublée de l'expérimentation sociale auprès des bénéficiaires de la stratégie du cscom.

III. Objectifs de l'étude

3.1) objectifs généraux

- . Etudier les facteurs de viabilité du Cscom de Dougouolo.
- . Proposer les suggestions en vue de pérenniser les activités du centre de santé communautaire.

3.2) objectifs spécifiques

- a) déterminer l'aire géographique de rayonnement du centre de santé au sein du secteur de santé de Dougouolo du point de vue de la population.
- b) Estimer les taux de fréquentation des activités selon les villages constituant le secteur de santé.
- c) Estimer les taux de fréquentation selon les différents types d'activités.
- d) évaluer par rapport à la perception de la population la qualité des soins dispensés par le centre de santé communautaire.
- e) évaluer l'impact des médicaments essentiels comme facteur de participation aux soins.
- f) évaluer le mode de gestion comptable dont est doté le centre de santé communautaire.
- h) analyser la participation des représentants de la population au fonctionnement du centre de santé communautaire.

IV. Revue de quelques expériences en santé communautaire en AFRIQUE et au MALI.

Il existe actuellement en Afrique de nombreuses expériences de financement communautaire de la santé. Toutes les expériences que nous relatons ici, ont certaines caractéristiques propres, en rapport avec la genèse de l'expérience, les types d'activités développés, mais aussi un trait commun, la mobilisation populaire pour la gestion locale de la santé, dans un contexte de démocratisation de la société.

On rappelle que les soins de santé primaires ont été adoptés en 1978, alors que les systèmes de santé en Afrique étaient dans un marasme. Dans de nombreux pays, la situation économique ne permettait pas de prendre en charge l'ensemble des coûts récurrents des services de santé publique. La mise en oeuvre des soins de santé primaires, a renforcé le rôle politique des pouvoirs publics auprès des donateurs. Ainsi la responsabilité des communautés dans le système de soins primaires a donné l'occasion aux gouvernements de se dessaisir de la gestion des projets de santé périphériques. La réalisation des prestations de services de base par des agents sanitaires engagés par la population était la seule responsabilité des communautés.

Au cours des années quatre vingt, la demande des pouvoirs publics à financer la demande de santé était accrue, à un point insoutenable politiquement. La part allouée par les gouvernements aux dépenses de santé a diminué de 7% à 4% (4). L'effet de l'inflation et de la crise budgétaire secondaire aux mesures d'ajustement structurel ont certainement amplifié la dégradation des ressources publiques réelles affectées à la santé.

En 1987, lancement de l'initiative de Bamako, avec l'idée de relance des soins de santé primaires. Cette stratégie avait ciblé le district sanitaire comme niveau d'intervention prioritaire et a insisté sur un appui aux collectivités locales. Les gouvernements ont saisi cette opportunité pour relancer les soins de santé primaires.

Des expériences de décentralisation et de financement communautaire de la santé furent entreprises dans plusieurs pays africains dès 1988. Nous tenterons de spécifier quelques résultats obtenus aux plans des médicaments essentiels, de la tarification, des résultats de la fréquentation et du recouvrement des coûts, de l'accessibilité géographique des services et de l'implication des populations dans les nouvelles unités de soins créées. Il est évident, que les difficultés rencontrées et la part des enseignements qui ont permis à maintes expériences de poursuivre sont des points essentiels à rapporter.

4. MARIE-ODILE-WATY : Etat des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique dans le contexte de l'ajustement structurel : quelles orientations pour les prochaines années ?, CIE, 1991, pp1-15.

- médicaments essentiels :

La vente des médicaments essentiels a été souvent à la base de l'approche du financement communautaire. Le centre de santé de Maferinyah (5) en Guinée a introduit un recouvrement des coûts à partir de la vente de médicaments courants. Le centre de santé dessert une population de près de 5000 habitants, répartis dans un rayon de 15 kms. Le programme de médicaments essentiels, est intégré dans les activités de SSP et de PEV. Cette stratégie combinée a permis d'augmenter la fréquentation des consultations du centre.

Dans le cas de Niono, au Mali, ce sont les gestionnaires du programme de santé (6), qui ont permis l'introduction des médicaments essentiels et le recouvrement des coûts. En effet, devant la distorsion entre la morbidité, le coût élevé des médicaments (prix moyen par ordonnance 3000 à 4000 FCFA) et le nombre de médicaments prescrits par ordonnance (plus de 4 pour des pathologies de base), les M.E ont été introduits dans le programme pour les rendre accessibles, rationaliser la prescription et générer des ressources pour les services. Les résultats ont montré que l'introduction des M.E a entraîné une augmentation du nombre de consultants de 20.000 à 60.000 par an

(6). Pour les petites unités de soins, la fréquentation a été multipliée par 4 en passant de 5 à 20 consultants par jour. L'introduction des M.E a eu pour conséquence de faire baisser le nombre des indigents. Le coût bas des médicaments essentiels et le coût de l'ordonnance passant de 3000F à 600F justifient ce résultat.

Sur l'ensemble des ressources financières de 102 postes de santé au Sénégal ayant introduit les M.E, la vente des médicaments constitue 71,7% de la trésorerie contre 23,6% de recettes tirées de la consultation curative (7). Ceci a permis le financement de 71,2% des charges récurrentes des centres primaires de Bignona, Podor et Matam.

-
5. KABA.K : Le recouvrement des coûts dans le système guinéen: l'exemple du centre de santé de MAFERINYAH, CIE, PARIS, 1991, pp1-4.
 6. DIAKITE S.L et al : Gestion des M.E dans le cercle de Niono, CIE ,1991 , pp 1-24.
 7. DIALLO. I et al. : Contribution des usagers au financement des soins de santé de base dans les 102 postes de santé des trois districts-tests , 1995 , pp 1-11.

Tarification

Le financement communautaire utilisé dans les expériences de santé communautaire, a permis effectivement de mobiliser des ressources additionnelles, et de garantir la permanence d'une offre de soins à la base, chose à laquelle les populations ont cessé de croire naguère. Plusieurs observateurs des systèmes communautaires en Afrique, pensent que le passage d'un système de gratuité des soins vers un système de paiement a fait naître des craintes quand à la prise en charge des indigents et l'instauration d'une équité (8). MacPake et al(16) estiment dans un rapport sur l'application de l'initiative de Bamako dans cinq pays, que le problème est de savoir, qui prend les décisions au nom de la communauté en matière de tarification et de mode de paiement. Au Nigéria, les prix des établissements sanitaires de la population sont fixés par le comité de développement. Seuls sont dispensés de paiement les handicapés physiques et mentaux. En Guinée, la tarification est basée sur des protocoles thérapeutiques standards pour 40 maladies courantes. Les tarifs sont fixés par l'Etat (16). La tarification et les mécanismes de dispense de paiement sont des questions difficiles, mais toujours présentes dans les expériences. En général, les mécanismes traditionnels de solidarité et le tissu social de la famille élargie doivent inter-agir pour aider les gens en difficulté de paiement. La gestion de ce filet doit revenir aux représentants de la communauté. Diallo et al (7) dans une étude sur la contribution des usagers au financement, estiment que la tarification doit tenir compte des possibilités financières des pauvres, afin de garantir la participation financière de tous. De ce point de vue, ils acceptent que les services de santé communautaires soient vendus en dessous de leur coût marginal. Les mécanismes de paiement sont divers. Il existe le système de cotisation (au Zaïre, Guinée-Bissau), avec le souci de répartir entre les malades et les non-malades le coût des soins, et de recouvrer les coûts au tout début. Le tarif simple, ou encore le prix fixe, est basé sur une estimation des coûts moyens, avec un risque dans le recouvrement des coûts. Dans ce modèle, on peut retrouver la notion de subvention croisée du financement communautaire. Autrement dit, on subventionne les soins préventifs, par les soins curatifs. Les soins curatifs plus recherchés, doivent être payants. Alors que les soins préventifs seront sous-utilisés, sinon désertés si on applique un plein tarif. Ce système en vigueur au Bénin dans l'expérience de santé communautaire de Pahou, a été bien documenté par Miller en 1989 (9). L'équité de la couverture est un résultat intéressant de ce modèle. Car dans la zone du projet, l'équité de la couverture de quatre interventions préventives sur cinq étudiées a été obtenue.

8. Gilson ,L (texte provisoire 1991), Morogoro Health systems Research Study, Community Perceptions: Preliminary Analysis.

9. MILLER, L: Equity in the context of community financing of primary health: who pays and who benefits; thèse de doctorat, John Hopkins, 1991.

- résultats de la fréquentation

De nombreuses expériences lient la viabilité des services à la réalisation de bons taux de fréquentation. Les efforts récents visant à améliorer la qualité des services des centres de santé de base aux niveaux urbain et rural (projets régionaux de renforcement des soins de santé primaires, Initiative de Bamako, etc...) se sont en revanche traduits par une augmentation des niveaux d'utilisation des services (4).

HADDAD.S (10) dans une étude portant sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre estime qu'en plus du coût de la tarification, la fréquentation est liée à l'acceptabilité des services, l'efficacité attribuée aux dispensateurs de services et l'acceptabilité de ceux-ci. Le financement des centres de santé périphériques et l'utilisation d'un modèle de simulation basé sur (11) la charge de travail et la population (taille et dispersion) ont été démontrés au Mali dans les expériences de CSCOMS ruraux et péri-urbains. Le modèle décrit qu'à partir d'une population de 10.000 habitants dont 50% habitent à moins de 5km d'un centre de santé communautaire rural le compte d'exploitation est équilibré avec une charge de travail de 20 consultants par jour pour 2 agents sanitaires. L'impact des tarifs sur la fréquentation des formations sanitaires des cercles de Koro et Bankass (12) montre que le recouvrement des coûts n'entraîne pas nécessairement un effondrement brutal et durable de la fréquentation des services de santé, en particulier si on a pris soin de réduire leur coût global (coût des actes plus coût des prescriptions), ce qui est parfaitement possible par le recours à un approvisionnement complet en médicaments essentiels en D.C.I. Ailleurs au Sénégal, le district sanitaire de Kolda a couvert plus de la moitié de ses coûts de fonctionnement grâce à la facturation de ses services durant la période 1982-1986, toutefois la fréquentation a été faible en raison du stock limité de produits pharmaceutiques (13).

-
10. FOURNIER.P et HADDAD.S : Recouvrements des coûts et utilisation des services de santé : la zone de santé rurale de NIOKI , ZAIRE : C.I.E , 1991 pp 1-12.
 11. EL ABASSI ABDELWAHED et al : Le financement des centres de santé périphériques : utilisation d'un modèle basé sur des expériences en République du Mali , 1995 , pp 1-21.
 12. DIARRA, K : L'impact des tarifs sur la fréquentation des formations sanitaires des cercles de Koro et Bankass(1987-1991) 1995; BAMAKO, pp 1-16.
 13. UNGER J.P : Rôle des districts sanitaires et méthodologie de leur développement en Afrique : Thèse présentée à l'Université Libre de Bruxelles pour avoir le grade d'agrégé de l'enseignement supérieur ; Bruxelles ;1991,pp1-95

- Recouvrement des coûts

De nombreuses expériences ont fait la preuve que le recouvrement des coûts, peut générer des ressources sur lesquelles une part non négligeable des dépenses des services de santé locales peuvent être renouvelées. Au Bénin, 43% des dépenses de fonctionnement des centres de santé de la population sont assurées grâce au recouvrement. Ce taux est de 47% en moyenne en Guinée (14). Au Zaïre, 79% des dépenses non salariales sont assurées (16). Au Sénégal, dans la zone péri-urbaine de Pikine, le recouvrement est un succès. Les recettes provenant de la facturation des services ont engendré 107,4 millions de FCFA pour une population desservie de 500.000 personnes (15).

Malgré ces résultats éloquentes, les analystes pensent qu'il est rare que le recouvrement des coûts puisse faire face à l'ensemble des dépenses renouvelables. Dans le projet Pahou, au Bénin, les personnes non résidentes provenant d'ailleurs payent plus cher. Les recettes enregistrées constituent un appoint non négligeable(17). En Guinée, une évaluation interne a montré qu'entre 17% et 50% des centres de santé sont incapables de financer la totalité des dépenses renouvelables non salariales. Le principal facteur identifié est la fréquentation des centres.

Tout cela pose le problème du niveau du recouvrement des coûts. En Guinée, il a fallu appliquer une marge de 250% sur le prix des médicaments pour couvrir leur prix de revient. Au Nigéria, l'objectif assigné était de récupérer le coût des médicaments et de dégager un excédent. Pour cela, les ventes de médicaments représentent 132 % de leur prix de revient et 76% des recettes totales.

14. MAKINEN, M et S. Block: Pricing for cost recovery in primary Health care in GUINEA, cccd, GUINÉE, Août 1991.

15. REVEILLON, M.,: Aspects économiques et financiers de la participation des populations au développement des services de santé de Base à PIKINE (Sénégal), Medicus Mundi Belgium, 1987.

- Le rôle des communautés dans les expériences de santé communautaire

L'élément essentiel de la santé communautaire est la participation communautaire. Toutefois, il y a des interrogations autour de la participation des populations lors de l'implantation. Au lieu d'être un objectif, la participation a été pour beaucoup d'expériences un moyen de réunir les conditions pour mobiliser les ressources financières de la population. Or dans les projets de santé initiés par la population, on n'a pas le sentiment actuellement, que d'une manière durable la communauté est en train de progresser vers une autonomie réelle, permettant le développement de capacités. Le sentiment qui existe, est qu'on parle plus de système rentable, où la participation aux coûts de santé est réelle et palpable en monnaie.

On assimile aussi à la participation communautaire, le fait qu'une représentation de la communauté remplisse des fonctions de gestion au niveau des comités de santé, que la communauté désigne des agents pour des formations débouchant sur des compétences techniques locales.

MacPake et al confirment dans leurs analyses sur l'IB, que le fait communautaire le plus clairement défini est d'ordre financier (16). Alors, quels sont les autres aspects de la participation qui méritent une attention particulière ? En première analyse, il s'agit des *agents de changement et de la mobilisation de la communauté* pour atteindre cet idéal de l'instauration d'un sentiment d'autosuffisance. Pour ces deux derniers aspects, et non les moindres, les évaluations quantitatives ne suffisent pas à les mettre en exergue.

Les analyses de type qualitatif, portant sur les projets de santé communautaire sont rares. Sinon, comment ne pas se préoccuper de certaines questions comme :

- le rôle des femmes, en tant groupe ayant un poids démographique et pourquoi pas son importance comme groupe vulnérable. Les femmes pourraient-elles jouer un rôle de catalyseur du changement. Pour l'instant, elles ne maîtrisent pas l'information les concernant. Elles ne sont pas non plus présentes dans les comités où les décisions sont prises. Elles parlent de leurs problèmes après les hommes.

En 1989, Hiscock (16) dans une évaluation qualitative de la participation, a montré que les femmes étaient passives en jouant les rôles traditionnels dévolus à la femme (16). Au Kenya par exemple, il y a un partage des rôles entre les hommes et les femmes. Les membres des comités sont des hommes et les agents sanitaires qui produisent les services sont des femmes. Mais des conflits sont fréquents, quand les femmes ont voulu aussi s'occuper des recettes du centre. En Guinée les comités comprennent rarement des femmes.

On intègre souvent mal le soutien aux communautés ayant un projet de santé communautaire. Actuellement le soutien le plus courant, est la supervision et le suivi des comités de santé. Mais cette supervision pose des difficultés en raison des moyens limités ou de l'absence d'un financement extérieur. Plus la communauté est éloignée, plus la supervision des centres et des comités pose des problèmes.

On est alors tenté de systématiser les supervisions, afin que les structures de district puissent correctement effectuer ce travail. La viabilité à long terme a incité les expérimentateurs à se pencher sur un mode d'autofinancement du suivi par la communauté. On a alors envisagé d'intégrer le coût de la supervision dans le prix des médicaments consommés par la population (16). En pratique, on s'est rendu compte que l'équilibre est difficile entre la viabilité à long terme et l'autofinancement du projet communautaire.

16. BARBARA.M, KARA.H et Anne Mills : Application de l'initiative: Bilan provisoire accompagné de cinq rapports de pays ; Health Economics and Financing Programme , Department of Public Health and Policy , London school of Hygiene and Tropical Medicine , 1989 , pp 1-96.

V. Méthodologie de l'Etude:

5.1 Variables :

Rayonnement du centre :

- aire géographique réelle de la population couverte
- population réellement touchée par les prestations
- évaluation de l'écart en terme de population réticente

Activités :

- taux de fréquentation globale des activités
- fréquentation par village
- organigramme fonctionnel du centre de santé
- connaissances des activités du centre de santé
- connaissances des hommes et des femmes du P.M.A
- utilisation des activités du P.M.A
- opinions sur les activités de l'infirmier

Qualité des soins :

- Perception de la rationalisation des soins: combien de médicaments par ordonnance, durée du traitement
- coût moyen de l'ordonnance à Dougouolo
- Perception des gens de l'aire géographique ayant accès aux médicaments.

Gestion de la structure du centre

- connaissances des organes de direction
- connaissances du statut (appartenance, aménagement).

Gestion des médicaments essentiels

- gestion des stocks des M.E (fiche de stocks, entrées, sorties).
- connaissances des M.E
- opinions sur le statut du personnel soignant

Gestion financière et comptable

- connaissances de la tarification des actes
- connaissances du circuit de l'argent
- attitude devant les coûts
- existence d'une comptabilité (documents comptables)
- la notion de compte d'exploitation annuelle

Equité dans la distribution des soins :

- problème des indigents (gratuité)
- accès aux soins selon le statut des gens au sein de la population.

5.2 Echantillonnage

5.2.1 Population de l'étude

Elle est du secteur de santé de Dougouolo. Cette aire géographique couvre une population de 9772 habitants répartis entre 9 villages dont celui de Dougouolo.

* les unités statistiques :

ce sont d'une part :

- les individus ou bénéficiaires des prestations du centre de santé de Dougouolo
- et d'autre part :
- l'unité de prestation de service (centre de santé de Dougouolo)

* Les critères d'inclusion :

Ils concernent surtout l'enquête qui porte sur les individus. Sera inclus dans l'échantillon tout individu résidant dans le secteur de santé pendant au minimum un an et justifiant son appartenance à un des villages fondateurs de l'association santé communautaire. Ce critère se justifie par la durée d'existence du cscom.

Pour des raisons pratiques, l'enquête portera aussi bien sur les hommes, les femmes et les enfants. Toutefois, les adultes seront interrogés pour répondre de l'accès des soins aux enfants dont l'âge ne dépasse pas 15 ans.

* Les critères d'exclusion :

Les non - résidents dans le secteur de santé de Dougouolo ne seront pas enquêtés. Ceci concerne les visiteurs, les personnes ou les collatéraux des familles résidentes dont la durée de séjour n'atteint pas ou ne dépasse pas un an.

* Modalité d'échantillonnage :

L'échantillonnage est basé essentiellement sur la fréquentation du Cscom. En effet, au bout d'un temps d'activités, on s'est rendu compte de l'existence de plusieurs rayons d'attraction du Cscom. L'aire géographique s'est implicitement divisée en strates:

- le lieu d'implantation du Cscm ou le taux de fréquentation des activités est de l'ordre de 80%.

- les villages dans un rayon de 5 km avec un taux de fréquentation de 60 à 70%.
- les villages situés entre 5 et 10 km avec un taux de fréquentation de 10%.
- les villages situés au delà de 10 km avec un taux de fréquentation très faible ne dépassant pas 5%.

*** construction des strates :**

quatre strates seront constituées :

Strate 1 :	village de Dougouolo :	3 587 hbts
Strate 2 :	village de kagnégué :	437 hbts
	village de pétesso :	1 054 hbts
	village de Namaziéla :	157 hbts
Strate 3 :	village de péguéna 1 :	478 hbts
	village de péguéna 2 :	463 hbts
Strate 4 :	village de Doussorisso Peulh :	677 hbts
	village de Doussorisso Bambara :	221 hbts
	village de Samabogo :	2606 habitants

* Ces chiffres ont été obtenus à partir du recensement actualisé de décembre 1993 effectué par le centre de santé de Bla.

Notre échantillon sera stratifié, au sein de chaque strate, il sera procédé à un tirage aléatoire simple de familles constituant des unités collectives. La base de sondage est constituée par les familles des 9 villages du secteur de santé de Dougouolo. Cette base est disponible au niveau du centre de santé du cercle de Bla. Cependant, elle mérite d'être actualisée avant de procéder au tirage des familles.

Au sein de chaque famille, tous les individus (enfants, femmes et hommes) seront enquêtés sur la fréquentation des activités du Cscm et la consommation éventuelle des soins.

*** Taille de l'échantillon de l'étude auprès des bénéficiaires :**

Cette étude sur l'évaluation du centre de santé communautaire de Dougouolo est pilote. Elle a pour but de porter un regard de l'extérieur sur les meilleures conditions qui permettent à l'expérience de se poursuivre.

Les moyens nécessaires à cette étude sont modestes et ne peuvent donner lieu à une recherche étendue dont la taille de l'échantillon serait évaluée statistiquement. Cependant, compte tenu des expériences des autres études (Réf), nous nous sommes proposés d'interroger au minimum 200 personnes. Cette taille pragmatique, répartie entre les quatre strates donne une proportion de 50 personnes à enquêter par strates.

Aussi, par extrapolation, on peut considérer que ces 50 personnes représentent 4 à 5 familles témoins, tirées aléatoirement dans une liste complète renfermant toutes les familles de la strate.

*** Pour l'analyse des prestations sanitaires :**

Aucun tirage aléatoire ne sera nécessaire pour sélectionner les activités à étudier puisque le Cscm ne fonctionne que depuis un an. Pour évaluer l'attraction géographique, le taux de fréquentation des activités et le modèle de gestion, nous nous proposons une analyse détaillée sur la base des registres (registre des activités, livre-comptable couvrant une année civile).

Concrètement, toutes les données à la fois techniques et financières allant de Mars 1993 (un mois après l'ouverture du Cscm à Février 1994 (3 mois avant la fin du premier semestre de l'année 1994)). Cet échantillonnage ne sera pas certainement exhaustif mais il pourrait donner une image du fonctionnement du Cscm pendant environ un an.

*** Analyse qualitative auprès d'un échantillon de leaders de la population :**

Il ne s'agit pas d'un échantillonnage aléatoire mais d'une étude qualitative sur l'opinion des personnalités traditionnelles, personnes-ressources ayant contribué ou contribuent à la vie du Cscm. Cette entrevue permet d'asseoir les bases sociales des dirigeants qui siègent dans les différentes instances de l'association santé communautaire.

VI. Organisation de la collecte des données

Elle s'est déroulée en 2 temps :

- L'enquête C.A.P
- Le recueil des données du P.M.A

6.1 Enquête C.A.P : Connaissances - Attitudes - Pratiques

Elle a lieu du 25 Juillet au 31 Août par des aide-soignants dans le secteur de santé de Dougouolo. Ceux-ci après avoir subi 48 heures de formation ont été repartis dans le secteur de santé qui a été divisé à cet effet en 4 strates. Les enquêtes se sont déroulées surtout la nuit car les villageois étaient occupés par les travaux champêtres. Les enquêteurs se sont basés dans tous les villages du secteur de santé durant toute la période de la collecte des données. Ils ont procédé à l'interview des individus du questionnaire villageois (hommes et femmes), des femmes du questionnaire prestations maternelles et infantiles, du chef de village , ses conseillers et les personnes-ressources pour le questionnaire leaders des villages. Tout au long du travail, ils étaient quotidiennement supervisés par le responsable de la collecte des données.

Ces enquêtes d'opinion se sont déroulées dans des conditions difficiles : pluviométrie abondante, villageois fatigués par les travaux champêtres et en plus non habitués aux enquêtes, villages et hameaux fixes difficilement accessibles, pistes impraticables.

Les membres du comité de santé de même que le personnel du Cscm ont été interrogés avec les personnes-ressources du Cscm telles que Mr Guiriba Dembelé enseignant à Dougouolo qui a été associé au processus de création du Cscm.

Tous les P.V des rapports du comité de santé ont été répertoriés. L'équipe socio- sanitaire du cercle de Bla a été aussi interrogée.

6.2 Le recueil des données du P.M.A

Il s'est déroulé lors de l'observation journalière du travail au niveau du cscm de Dougouolo. Tous les documents (registre des activités et rapports mensuels, cahiers des M.E, supports des ordonnanciers, cahiers des diverses recettes et dépenses) ont été répertoriés et exploités.

6.3 Traitement et analyse des données recueillies

Elle a lieu au Département de Santé Communautaire de l'I.N.R.S.P. L'édition des différents tableaux et leur analyse statistique a été réalisée à l'aide d'un micro-ordinateur I.B.M. Nous avons bâti à cet effet un écran de saisie en vue de constituer une base de données à l'aide du logiciel DBASE III. Nous avons enregistré les renseignements contenus dans les questionnaires de l'enquête C.A.P, les rapports mensuels des activités et les informations relatives à la rationalisation des soins. Enfin, édition de tableaux croisés par EPI INFO, analyse statistique par SPSS et traitement de texte par word Perfect.

**VII. Etude du centre de santé communautaire
test de Dougouolo**

**7.1) Présentation du centre de santé
communautaire de Dougouolo :**

7.1.1) Critères de création du cscom

En 1992 l'équipe socio-sanitaire du cercle de Bla a élaboré un plan de développement socio-sanitaire(17). Ce plan se propose d'étendre la couverture sanitaire par la création des Cscoms. L'aire de santé théorique de Dougouolo a été élaborée selon des critères précis:

. des données démographiques :

- taille des villages situés dans un rayon de 15 km.
- concentrations optimales de la population à 5 km du site du Cscom :> 50 % de la population de l'aire.

. des données géographiques :

- distance site théorique du Cscom - centre de santé de Bla
- les barrières naturelles.

. des données économiques :

- marchés , routes, unité de soins, écoles, autres structures de développement).

L'élaboration de cette aire de santé théorique a été l'occasion du commencement d'un processus de négociation entre l'équipe socio-sanitaire du cercle de Bla et les villageois de l'aire de santé de Dougouolo . La phase de sensibilisation ou approche communautaire est ainsi enclachée.

17. MAGASSA.N et al : Mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé dans le cercle de Bla , Bla , 1992, pp 24-30.

7.1.2 Monographie du village de Dougouolo, site du cscom (18).

Situé à 25 km de la ville de Bla sur la route de San, le village de Dougouolo a été fondé par un chasseur bambara du nom de Trongo Coulibaly, originaire de l'actuel cercle de San. Les habitants actuels de la localité ignorent la date de création. Ils précisent cependant que Dougouolo existait avant la fondation du royaume bambara de Ségou par Biton Mamari Coulibaly (1712 - 1755). Avant sa création le village aura été essentiellement habité par des bambara et minianka. Aujourd'hui, Dougouolo est un gros village composé de 9 quartiers. A cette date la localité compte 3587 habitants regroupant des femmes (51,52%) et des hommes (48,43%). Ces habitants forment 482 ménages soit en moyenne 6,6 personnes par ménage. La population est actuellement composée de bambara, Minianka, Soninké, Bozo, Dafin et peulh. Quand à la vie économique de la localité, elle est basée sur l'agriculture: mil, coton, arachide et chaque concession a presque un champ annuellement exploité à l'intérieur du village. Dougouolo accueille hebdomadairement dans sa grande foire tous les villages environnants et forins venant des différentes zones du Mali. Les infrastructures sanitaires se résument en une maternité rurale construite en 1985 par les populations de Dougouolo et un dépôt privé de médicaments. Il existe également un établissement scolaire et un centre d'alphabétisation fonctionnelle. Le village abrite depuis 1988 un centre de formation des animatrices rurales(CFAR) et dont le projet a été financé par l'Agence Canadienne pour le Développement International (A.C.D.I).

La réalité du village de Dougouolo montre que cette structure ne semblerait pas être propice à une action communautaire." Le village est divisé en deux clans concurrents: un clan autochtone cumulant les pouvoirs religieux et politique et un clan marchand ou étranger qui détient le pouvoir économique" (Il faut demander le chef coutumier du village)

18. **Projet de Recherche Multidisciplinaire sur l'usage rationnel des médicaments: rapport technique de l'enquête pré-test:INRSP-Projet-ssp-ségou , Bamako , 1993 , pp 1-39.**

7.1-3 Historique de l'association santé communautaire SABUNUMAN

En juin 1992, l'approche communautaire a débuté par des activités de sensibilisation de l'équipe socio-sanitaire de Bla dans les différents villages composant l'aire de santé théorique de Dougouolo en vue de la création de leur centre de santé communautaire. Au cours de ce processus de négociation après recensement de leurs besoins, les différents villages ont reçu des informations sur le second projet de la politique sectorielle de santé et de population, les fonctions et caractéristiques d'un centre de santé communautaire. Le processus de création d'un cscom nécessite :

- . le regroupement des villages en association santé communautaire
- . la participation des populations à la construction/rénovation du site du CScom
- . l'apport de l'Etat (investissement, 1er stock de M.E, formation du personnel).
- . la mise en place d'un système de recouvrement de coûts par la tarification des activités et la vente des M.E
- . la participation des populations à la gestion des ressources du Cscom
- . le choix par les populations bénéficiaires du village devant abriter le site du Cscom.

Au cours d'une assemblée générale avec l'équipe socio-sanitaire du cercle , tous les villages du secteur de santé (sauf Somasso disposant d'un centre de santé catholique) et Samabogo s'étant par la suite retiré, se sont montrés favorables à la création d'un centre de santé communautaire dans leur aire de santé. Ils se sont alors regroupés au sein d'une association de santé communautaire (ASACO) dite "SABUNUNAN" avec constitution d'un comité de santé composé de deux délégués par village .

L'association avec l'appui de l'équipe socio-sanitaire du cercle de BLA a élaboré des statuts et un règlement intérieur. Elle a ensuite signé une convention d'assistance mutuelle avec le service socio - sanitaire du cercle de Bla. A travers cette convention, l'association s'est engagée à fournir un paquet minimum de soins curatifs , préventifs et promotionnels aux populations du secteur de santé et d'en assurer la pérennité (18).

Par ailleurs, le comité de santé a jugé opportun de mettre en place un comité de gestion (président, trésorier et secrétaire) tous originaires de Dougouolo afin de gérer quotidiennement les activités du Cscm.

Pour le choix du village site du Cscm, tous les villages (sauf Samabogo et Namaziéla absent à la dite réunion) ont désigné Dougouolo pour abriter le centre de santé communautaire et ceci pour plusieurs raisons:

- . Dougouolo possède une maternité aménageable en cscm temporaire
- . Dougouolo accueille hebdomadairement tous les villages du secteur de santé
- . Dougouolo est placé au milieu des autres villages constituant le secteur de santé
- . Dougouolo est situé à 25 km de Bla (centre de santé de référence)
- . Il existe à Dougouolo une école du 1er et 2e cycle et un C.F.A.R, une coopérative agricole regroupant plusieurs villages.

Après ce choix, les populations de Dougouolo ont aménagé la maternité rurale en un dispensaire, un dépôt de M.E et une salle d'accouchement avant la construction des locaux définitifs du Cscm.

village	population	distance en km	
Dougouolo	3587	0	lieu d'implantation
Kaniégué	437	2	0 - 5km
Pétéso	1028	4	
Namaziéla	157	5	
Péguéna 1	466	8	6 - 10km
Péguéna 2	452	8	
Dossorisso B	677	12	+ 10km
Dossorisso P	221	12	
Samabogo	2606	17	

* Le tableau 1 donne les différents villages constituant l'association santé communautaire

7.2 : Description physique du centre de santé

En février 1993, après réfection, la maternité rurale sera transformée en centre de santé communautaire et les locaux suivants ont été obtenus :

- une salle de soins curatifs (dispensaire)
- un dépôt de M.E
- une maternité constituée d'une salle d'accouchements et d'une salle de séjour des accouchées
- un bureau pour les consultations prénatales et le P.F
- un auvent servant de salle d'attente

*** Activités et fonctionnement :**

Le dispensaire : Il offre les types d'activités

a) **des soins curatifs :** ils comprennent la consultation curative et la fourniture de M.E. Ils sont effectués tous les matins par un infirmier du premier cycle. Ce dernier après avoir subi des stages dans les services du centre de santé de cercle de Bla a été recruté par contrat par le comité de santé de Dougouolo après un test de 6 mois au centre de santé communautaire. Les prescriptions portent sur le traitement des affections rencontrées dans l'aire de santé.

Le dépôt de M.E: Il contient une gamme de M.E.

b) **des activités de petite chirurgie**
(pansement, piqûre, circoncision,
sutures, etc)

c) **En plus de ces activités,** l'infirmier, premier responsable du centre de santé dispose d'une mobylette pour les séances de vaccination et les activités de récupération dans les villages de l'aire de santé (stratégie avancée), La vaccination des enfants se déroule à Dougouolo pour Dougouolo et pour les villages situés à moins de 5 Km du Cscm

d) **les consultations prénatales et la**
planification familiale

Les C.P.N sont réalisées par la matrone les après-midi de même que la planification familiale qui se déroule à tout moment dans le centre de santé communautaire.

La maternité :

Trois A.T.R avec une matrone assurent les accouchements. Les accouchées passent généralement 3 jours dans la salle de séjour. En cas de difficulté, la matrone fait appel à l'infirmier qui décide de la référence de la parturiente si ces compétences sont dépassées.

Le personnel de la maternité travaillait dans la maternité rurale de Dougouolo.

Equipement du cscom

L' équipement en matériel du cscom mais aussi la mise en place de son premier stock de M.E ont été entièrement assurés par U.N.I.C.E.F. Le tableau suivant montre la contribution de l' U.N.I.C.E.F à la création du centre. Un montant de 3 640 114 fcfa a été mis à la disposition des activités communautaires. L'apport de la population a été surtout la construction du centre .

Tableau 2: Contribution de l'U.N.I.C.E.F à la création du CSCOM

Apport	Montant	Responsable
Approche communautaire	65 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Dotation initiale équipement en matériel.	850 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Dotation initiale M.E: CSCOM (prix I D A x 2)	800 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Dotation M.E: circuit d'approvisionnement.	800 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Formations.	193 890 fcfa	U.N.I.C.E.F
Fiches, papier (démarrage).	200 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Réfrigérateur.	600 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Mobylette.	275 000 fcfa	U.N.I.C.E.F
Supervision de démarrage.	18 900 fcfa	U.N.I.C.E.F
Supervision des M.E.	17 325	U.NI.C.E.F
Total:	3 640 114 F.cfa	U.N.I.C.E.F

Source : 19. Evaluation d'opérationnalité du Cscom de Dougouolo après 6 mois de fonctionnement Ségou , Octobre 1993 , pp 1-22.

7.3 : Fonctionnement du centre de santé communautaire de Dougouolo

Le cscom fournit un P.M.A constitué de soins curatifs, consultation prénatale, consultation post - natale (vaccination et suivi nutritionnel), accouchements et la planification familiale. Le centre est ouvert tous les jours sauf le samedi et le dimanche. L'offre des soins est basé sur la polyvalence du personnel et est constitué de services de base considérés comme essentiels.

Le malade qui se présente au Cscm est reçu par la matrone qui lui donne un ticket dont le tarif a été fixé par le comité de santé. Le carnet de tickets a 2 exemplaires: un reste avec la matrone et l'autre est délivré au malade. Ce dernier se rend chez l'infirmier qui l'examine et lui prescrit une ordonnance tirée d'un ordonnancier standardisé dans tout le cercle. L'ordonnance est établie en deux exemplaires et est délivré au malade. Il se rend alors chez la matrone qui évalue le coût de l'ordonnance et sert les médicaments au malade après avoir perçu la somme correspondante à la valeur des médicaments. La durée du traitement n'excède pas généralement 72 heures à Dougouolo . L'un des exemplaires de l'ordonnance est gardé au dépôt des M.E et l'autre est délivré au malade. La vente des M.E est intégrée dans le complexe du Cscm si bien qu'il n'y a pas de vente séparée des M.E. Les activités du personnel se déroulent selon le calendrier hebdomadaire du Cscm établi par le personnel du centre avec l'accord du comité de santé.

Tableau 3: Calendrier hebdomadaire des activités du centre de santé communautaire de Dougouolo.

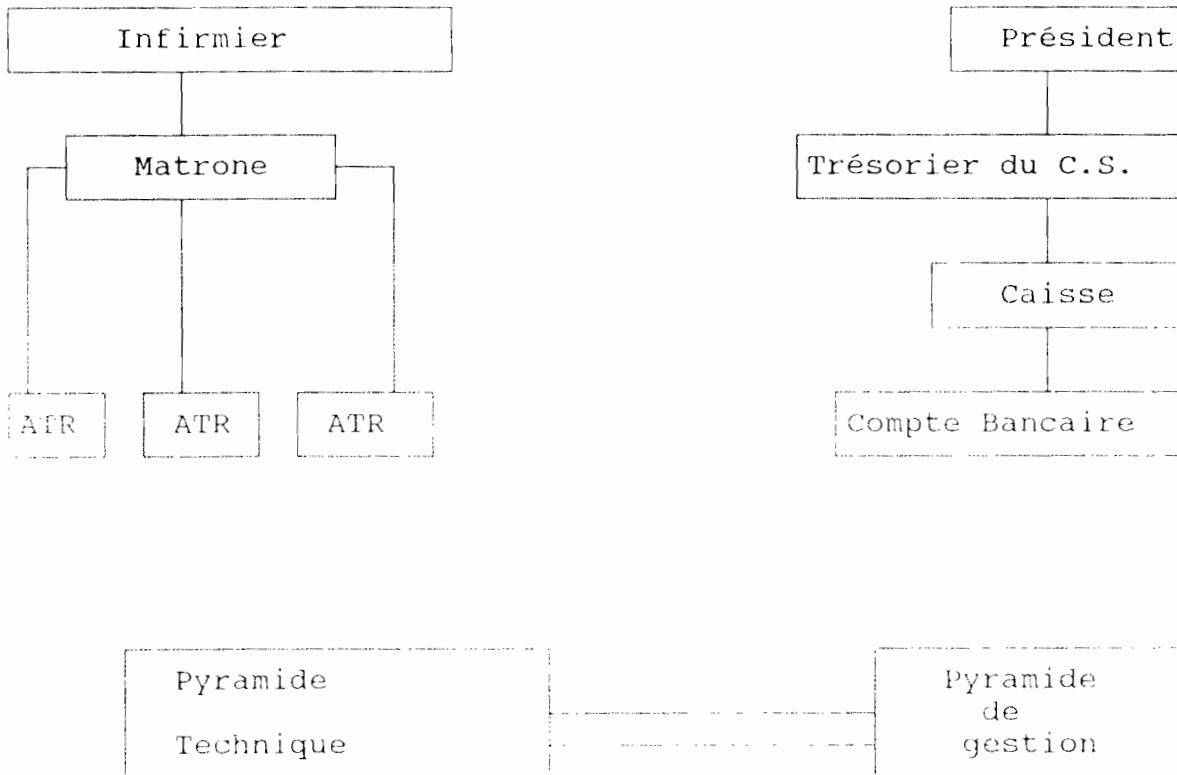
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
7h 30 à 12h 30	Consultations curatives (CC)	CC	CC	CC	CC

APRES MIDI

13h30 à 16h	consulta- tion prénatale Consulta- tion enfant sain vaccina- tion	Consulta- tion prénatale Sortie dans les villages	Consulta- tion prénatale Sortie dans les villages	Consulta- tion prénatale Consulta- tion enfant sain vaccina- tion	Adminis- tration
----------------	---	--	--	---	---------------------

Tableau 4 :

Organigramme fonctionnel du centre



**Tableau 5 : modules de formation du personnel du Cscm
(infirmier + matrone)**

FORMATION DU PERSONNEL

Formation	Durée	Lieu
Gestion des M.E	5jours	Niono
Rationalisation C.C Prescription des M.E	8jours	Bla
Gestion du Cscm	4jours	Dougouolo
Fiches opérationnelles échancier - stratégie avancée	2jours	Dougouolo
Rapport d'activité Tableau de bords Microplanification Calendrier des activités	3jours	Dougouolo

Source: (19)

Parallèlement à cette formation du personnel, le comité de santé a bénéficié d'une formation en gestion du cscm.

VIII. RESULTATS de l'étude

**8.1 CONNAISSANCES - ATTITUDES - PRATIQUES de la
POPULATION FACE AUX PRESTATIONS DU CSCOM DE
DOUGOULO**

8.1.1 Etude de la structure de l'échantillon

L'étude a été réalisée auprès de 219 personnes réparties dans l'aire de santé du cscocom de Dougouolo. 126 hommes et 93 femmes se sont prêtés aux questions. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de la population desservie par le centre. Dans le processus d'implantation du cscocom, il est apparu utile d'effectuer des entretiens limités, mais approfondis avec un échantillon de bénéficiaires des activités développées par le centre de santé communautaire. Les usagers du centre de santé s'expriment sur leur perception de l'expérience de l'implantation du centre de santé communautaire de Dougouolo.

Tous les villages constituant le secteur de santé ont été visités. Ils ont été stratifiés en fonction de la distance par rapport au centre:

- 0 km : dougouolo
- < 5 km du centre : kaniégué et pétesso
- 5-10 km du centre: namaziéla, péguéna-1, péguéna-2
- 10 km et+ du centre: dossorisso-Peulh,
dossorisso-Bambara, samabogo.

Ces quatre strates ainsi définies ont permis d'interroger 63 personnes à dougouolo, 28 personnes à kaniégué et pétesso, 67 personnes à namaziéla, péguéna-1 et péguéna-2, enfin 61 personnes dans les villages de dossorisso-Peulh, dossorisso-Bamanan et samabogo. Ainsi, 28,8% des sujets enquêtés sont résidents dans le village abritant le centre contre 12,8% d'usagers à moins de 5 km du lieu d'implantation. En tenant compte de l'éloignement du centre, 30,5% des sujets interrogés habitent entre 5-10 km du cscocom. Près de 26% de l'échantillon des participants proviennent des villages situés à 10 km et plus de dougouolo.

Cette répartition de l'échantillon a permis de constater que sur 219 participants, 57,5% des enquêtés sont des hommes contre 42,5% de femmes. Il faut noter que cette structure ne traduit pas l'importance démographique des deux sexes dans la population de l'aire de santé; ni le poids de chacun dans la consommation des soins de santé. Elle pourrait être le reflet des dynamiques sociales et culturelles, mettant les hommes en première ligne dans l'expression des problèmes de santé, ou de tout autre sujet portant sur la vie du village. Les femmes se sont exprimées aussi, mais dans la tradition après les chefs de famille. C'est un reflet de l'organisation sociale villageoise que l'enquête n'a pas souhaité remettre en cause.

Dans le village de dougouolo, lieu d'implantation du centre, sur 63 sujets enquêtés, plus de la moitié sont des femmes (52,3%). Cette forte participation des sujets féminins à dougouolo contraste fortement avec celle observée dans les autres villages de l'aire de santé . Au sein de la strate-2, seules 4 femmes ont répondu au questionnaire villageois . Par contre, elles sont 28 participantes au sein des strates 3 et 4 respectivement.

8.1.2 Identification du centre de santé communautaire à travers ses organes de direction.

Depuis 1988, le village de dougouolo était doté d'une maternité rurale en banco, ayant fonctionné pendant au moins quatre années.

En juin 1992, l'équipe socio-sanitaire du cercle de Bla, entama des négociations avec les villages de l'aire de santé en vue de la création d'un cscom. Cette décision de passage de la stratégie maternité rurale à celle d'un centre de santé communautaire , grâce à un aménagement du bâtiment de la maternité fût prise par le collège des membres du comité de santé, fraîchement mis en place. Une phase de transition pour informer et sensibiliser les populations de chaque village.

Pour l'identification correcte du nouveau centre les interprétations sont nombreuses.

8.1.3 Le statut du centre

* A qui appartient le centre

En interrogeant les usagers du centre sur ce qu'ils connaissent du cscom, on retiendra:

- 48,6% (106 /218) des individus affirment l'appartenance du centre de santé aux villageois de l'aire, conformément à la nouvelle orientation du développement des services de base;

- 11,0% (24/218) des répondants justifient que le comité de santé est le responsable du centre.

Ces deux conceptions sur le statut du cscom ne paraissent pas trop éloignées, si l'on considère d'une part, que le comité de santé est l'émanation des villages-membres du cscom et d'autre part que les individus agissent sur la vie du centre par l'intermédiaire de leurs représentants au comité.

Plus de la moitié des participants à l'étude (59,6%), dispose de l'information juste au sujet du centre . Cette information est à contre courant de l'opinion de 12% des sujets enquêtés, pour lesquels le centre appartient soit au gouvernement malien .

Cependant, on estime également que sur 218 enquêtés, 19,3% des participants déclarent n'avoir aucune information sur le centre de santé à dougouolo. Ce taux est intéressant à retenir pour l'avenir du programme. En effet, plus les résultats du programme sont visibles, plus le comité disposera de plus d'arguments à partir des résultats on devrait en principe voir décroître cette proportion de gens non informés pour diverses raisons pour convaincre les septiques, mais aussi pour affiner le message.

* Qui a aménagé le centre ?

La transformation de l'ancien bloc maternité en une unité provisoire mais fonctionnelle pour abriter les activités du cscom a été entièrement réalisée par la population du village de dougouolo, avec l'appui des autres villages.

Cette oeuvre a nécessité des efforts conjugués, certes pourtant la population enquêtée à la base estime, seulement à 36% , que les aménagements au sein de la maternité ont été faits par tous les villages. Parmi eux, le tiers des réponses à cette question a été obtenu parmi les villageois de Dougouolo, le site du centre. Le comité de santé était évoqué par 10,3% de participants sur 214 participants.

A côté du nombre de villageois qui ne savent rien de ces travaux de rénovation et d'aménagement du centre (28,5%), on constate une proportion de 27,9 % de répondants, dont les opinions attribuent à l'Etat malien, la propriété de ces travaux.

8.1.4 Les organes de gestion du centre de santé

* l'association de santé communautaire (ASACO)

Le cscom de dougouolo dispose d'une association dénommée « SABUNUMAN » qui, traduit du bamanan veut dire la « bonne cause », en langue française. Cet organe jouissant de la personnalité morale et juridique dispose d'un comité de santé. Ce dernier est composé de représentants de tous les villages de l'aire de santé. Toutefois, nous avons voulu connaître les opinions de la communauté sur l'existence du comité, sur les délégués des villages qui siègent au comité, ainsi que les villages membres de l'association santé communautaire.

* le comité de santé

Plus de la majorité des individus des villages du secteur de santé soit 67,8% (135/199) reconnaissent l'existence du comité de santé. Quand on regarde comment le comité est perçu selon les villages de l'aire, il apparaît trois types de villages ou de groupe de villages:

- ceux dont le degré d'information par rapport à l'existence du comité de santé est satisfaisant, comme Namaziéla, Péguéna-1, Péguéna-2 et Doussorisso-Peulh. Les scores de satisfaction se situent entre 90 et 70% . Ce résultat pourrait s'expliquer par la jeunesse et le dynamisme de leurs représentants au comité de santé. Ces villages sont moins morcelés en hameaux et présentent une certaine cohésion sociale.

- le village de Dougouolo, se classe dans la catégorie intermédiaire des villages informés, c'est à dire avec un score de l'ordre de 60% . Les habitants du village sembleraient être moyennement informés, d'après les résultats de l'étude. Ceci contraste avec leur position de village-site du cscom. Toutefois, on peut évoquer par rapport à dougouolo, l'existence de clivages socio-culturels . Le clan de la chefferie traditionnelle est souvent en opposition au clan des marchands du village.

- ceux dont le degré d'information par rapport à l'existence du comité de santé est bas, en raison de leur opposition au processus communautaire à l'image de Samabogo, ou de leur dispersion géographique comme Doussorisso-Bamanan.

Dans tous les villages du secteur de santé le comité de santé est mieux connu des hommes (92/135) que les femmes (43/135). Les hommes sont les premiers informés; ensuite l'information est portée plus tard aux femmes. Ceci explique le peu d'information des femmes par rapport aux hommes sur les problèmes de santé. Pourtant, la participation des femmes pourrait être déterminante, si elles étaient correctement informées sur l'ensemble des activités du centre de santé communautaire.

Près de 58,8% des enquêtés déclarent que leurs villages sont représentés au comité de santé. Les représentants du village sont souvent mal identifiés. La situation de dougouolo, semble difficile à comprendre en raison de son rôle de leader dans la direction du comité de santé. Sur 62 personnes interrogées dans ce village par rapport à leurs représentants, 37 % des participants les identifient correctement; tandis-que 35 % et 28 % respectivement ne connaissent pas les dirigeants ou ne peuvent rien dire sur les leaders de la santé communautaire du village.

Certaines personnes arrivent à citer les noms des représentants du village, d'autres ne citent qu'un seul nom correct, sinon rien du tout.

Ce phénomène de désintéressement de la population est manifeste à Samabogo, où seulement près de 20% des sujets interrogés sont informés sur les dirigeants du village, siégeant au comité de santé.

L'enquête a révélé aussi, que les individus identifient mal les villages adhérents à l'association santé communautaire et représentés au comité de santé. Une proportion de 47% des individus de l'aire de santé affirme ne pas connaître les villages adhérents à SABUNUMAN. 20 % des participants de l'étude ont expliqué que les villages de l'aire sont au nombre de trois. Puis 13,33% des répondants pensent que l'aire de santé comprend 4 villages. Seulement une poignée d'individus (4,44% : 6/135) cite de façon complète la totalité des villages adhérents à l'association c'est-à- dire Dougouolo, kaniégué, Pétesso, Namaziéla, Péguéna-1, Péguéna-2, Dossorisso-P, Dossorisso-B et Samabogo.

*** la stratégie d'information des bénéficiaires par le comité de santé**

Plus de la moitié des individus de l'échantillon, soit 61,48 % (83/135) ignorent les informations relatives à la création du nouveau centre, ainsi que le niveau des activités. Une faible proportion de villageois estimée à 11,85 % (16/185) affirme le contraire. Les informations diffusées par le comité de santé et vérifiées auprès de la population portent sur les thèmes suivants:

- concernant le démarrage du cscom :

. les villages doivent payer le tiers des frais de construction du nouveau centre, estimé à près d'un million de franc

. le centre appartient aux habitants de l'aire de santé pour lesquels un égal droit d'accès serait assuré

. l'infirmier étant à la charge des villages concernés, un tarif forfaitaire sera fixé aux visites pour le paiement mensuel de son salaire.

- concernant les activités du centre :

. les femmes doivent accoucher au centre, faire la vaccination de leurs enfants et utiliser les médicaments essentiels vendus moins chers. Les recettes des médicaments serviront de fonds de roulement pour le centre.

De l'analyse des canaux de communication, on pourrait affirmer que l'essentiel de l'information a d'abord été livré aux notabilités villageoises (chef de village et conseillers) ayant légitimé les représentants des villages dans le comité de santé. De façon globale, on pourrait affirmer que les individus interrogés connaissent à un degré faible toute l'information utile autour du centre. Au bout de chaque réunion ordinaire du comité de santé, les délégués devraient au retour dans les villages faire le compte - rendu au conseil du village. Le chef de village à son tour convoque une assemblée de chefs de ménages et des représentantes des femmes du village. Le délégué du village au comité de santé informe les populations des différentes décisions. Ces décisions du comité sont relatives à la fréquentation du centre durant le mois écoulé, la réalisation des activités du centre , la trésorerie de l'association de même que les difficultés rencontrées. Dans cet ordre, le délégué du village doit être capable de fournir des informations concrètes sur la vaccination des enfants. En particulier, les enfants de telle ou telle famille n'ayant pas un calendrier vaccinal complet. Ainsi, le délégué non seulement informe les familles, mobilise celle-ci autour de certaines activités et suscite la participation de tous.

Dans le nouveau modèle de santé, non seulement la population doit fréquenter les activités planifiées grâce à sa contribution financière , mais elle doit être au courant de la gestion du centre et au demeurant elle doit user de son pouvoir de décision. Or toutes ces fonctions ne peuvent être remplies par une communication individualisée, c'est à dire celle qui consiste à faire un briefing seulement devant les leaders de village. Aussi, il paraît nécessaire de mener avec les membres du comité de santé, une nouvelle réflexion sur la manière de mettre au même niveau d'information tous les adhérents du cscom, pas seulement au sens autorité villageoise, mais aller en profondeur pour intéresser les familles et les individus de l'aire de santé.

* le comité de gestion

Il se compose du président du comité de santé, du trésorier général et du secrétaire administratif. Il assure la gestion quotidienne des activités du centre (collecte des recettes et ordonnancement des dépenses, prise en charge des indigents etc..). Tous les membres sont des résidents du village de dougouolo.

Cette structure ne figure pas sur les statuts et le règlement intérieur de l'association de santé communautaire SABUNUMAN. Toutefois, pour des raisons pratiques parmi lesquelles l'opportunité de regroupement, l'exécution des dépenses urgentes (alcool, coton, pétrole etc...), gestion des ruptures de stock de M.E, réception des visiteurs du centre, ce comité a été mis en place.

8.1.5 Connaissance par la population du paquet minimum d'activités (PMA) organisé par le centre

Le paquet minimum d'activités se définit comme un ensemble de services de base, composé de la consultation curative, de la fourniture des médicaments essentiels, du suivi des malades chroniques, de la consultation des enfants (vaccination, suivi nutritionnel), de la consultation prénatale, de la surveillance des accouchements, et de la planification familiale.

Ce paquet minimum est mis en place depuis un an. Il est fourni par un infirmier du premier cycle et une matrone assistée de trois accoucheuses traditionnelles recyclées qui étaient en activité avant le cscom. Sur le plan technique, toutes les conditions sont réunies pour permettre à la population de consommer ce paquet de soins.

Notre préoccupation dans cette étude, est de savoir si la population de l'aire de santé connaît le paquet minimum d'activités offert par le centre. Sa disponibilité à consommer les soins, peut dépendre en grande partie de sa perception des soins mis à sa disposition au niveau du cscom. Peut-être les individus de l'aire de santé fréquenteront telle activité du paquet selon l'information dont ils disposent. L'expérience antérieure tirée des services offerts par la maternité du village de Dougouolo, constituerait un élément de comparaison pour les villageois. Aussi, nous avons demandé à la population enquêtée, d'identifier les services du P.M.A qu'ils connaissent, soit pour les avoir fréquentés, soit pour avoir reçu du comité de santé de l'information pertinente.

8.1.5.1 Activités du PMA connues et identifiées de la population.

Tableau 6: Activités du Paquet minimum connues de la population de l'aire de santé de Dougouolo.

	Activités du PMA connues de la population tout sexe confondu	%
1	Accouchement + C.C + Médicaments	40,2 %
2	Accouchement + C.C + Vaccination	14,1 %
3	P.M.A standard	13,6 %
4	Accouchement + C.C + C.P.N	3,3%
5	C.C + C.P.N + Vaccination	2,7%
6	Accouchement + C.C + Médicaments	1,6%
7	Accouchement + C.C + Médicaments + P.F	1,1%
8	Accouchement + Vaccination	0,5%
9	Aucune connaissance des activités du P.M.A au niveau du centre	22,8 %

Quand on interroge les participants à l'enquête sur les activités significatives qu'ils ont connues au centre de santé communautaire de Dougouolo, on constate que 22,8% des enquêtés ne connaissent aucune des activités du paquet offert par le centre de santé communautaire de Dougouolo. Cette attitude tranche par rapport aux 40,2% des sujets pour lesquels les éléments du P.M.A sont essentiellement, d'abord les accouchements protégés, ensuite viennent les consultations curatives et les médicaments.

Pour 14,1% des villageois inclus dans l'étude, trois prestations forment le P.M.A. Il s'agit de l'accouchement, de la consultation curative et de la vaccination. Ce trinôme ne représente pas la seule modalité citée. C'est ainsi que pour 3,3% des participants, les activités du centre pour lesquelles ils ont une information sont essentiellement l'accouchement, la consultation prénatale et la consultation curative. En général, l'accouchement est la seule activité du centre de santé qui revient chaque fois, comme élément central. On note aussi que la consultation curative indissociable logiquement des médicaments essentiels, est fréquemment relevée par les personnes enquêtées au niveau de l'aire de santé de Dougouolo.

Le paquet standard, tel que préconisé dès l'ouverture du cscom est cité par seulement 13,6% des sujets de l'échantillon. Dans le cas de Dougouolo, où l'expérience est en cours il y a plus d'un an, le nombre de personnes connaissant réellement toutes les activités du paquet minimum est faible.

En extrapolant ce taux sur l'ensemble de la population de l'aire de santé, on se rend compte que seulement 1329 personnes sur une population de 9772 possèderaient l'information adéquate sur les activités développées par le personnel du centre de santé. Les habitants du village de Dougouolo, siège du cscom devraient constituer au moins la moitié des 1329 personnes.

De ces données globales sur la connaissance des différents services du PMA on retient deux idées forces:

- la première est relative à l'information des bénéficiaires. Il se dégage une impression d'un déficit de communication entre les organes de direction de l'ASACO (comité de santé) et la population, autour du contenu du P.M.A. Le système de messenger, traditionnel qui informe uniquement les notables est insuffisamment exploité. Le délégué du village doit avoir un système d'information qui mobilise afin d'accroître la fréquentation des services du P.M.A .

- la deuxième concerne la mise en place des différents éléments du P.M.A. Deux activités significatives du P.M.A reviennent chaque fois. Il s'agit de l'accouchement et de la consultation curative. Le passage du modèle maternité rurale au modèle cscom a-t-il été apprécié quantitativement et qualitativement par tout le monde ? Ceci n'apparaît pas clairement dans les déclarations des enquêtés.

Compte tenu de ces informations, il nous a paru évident de demander à la population de faire une proposition de mise en place des différentes activités du P.M.A selon le contexte. Cette esquisse de planification ne concerne pas les activités promotionnelles.

8.1.5.2 Prestations du P.M.A identifiées selon les hommes et les femmes de l'échantillon dans un processus de mise en place du Cscm.

L'organisation et la mise en place du P.M.A est considérée par les professionnels de la santé comme leur domaine. Dans plusieurs cas de création de cscm, la mise en place complète des activités du paquet, signifie que le centre est opérationnel. Toutefois, on s'est peu intéressé à s'informer sur ce que désirent les bénéficiaires des prestations. Autrement, faut-il une mise en place des éléments du PMA selon les modalités souhaitées par la communauté bénéficiaire, en recherchant aussi les moyens de sa participation? Ou faut-il une mise en place d'emblée de tous les éléments du paquet, au début du cscm pour créer toutes les conditions au plan technique que pour un personnel qui doit ensuite convaincre la population du bien fondé de ces éléments ? La question a été posée à un groupe de femmes et un groupe d'hommes.

*** pour les femmes:** l'accouchement et la consultation curative sont essentiels dès au début du centre de santé. Le paquet minimum standard est évoqué en deuxième intention. Les femmes interrogées considèrent aussi que trois autres éventualités méritent une attention (Tableau n°7).

*** pour les hommes:** les choix en première intention sont conformes à ceux des femmes. L'accouchement et les soins curatifs mettent en quelque sorte tous les participants d'accord. Le P.M.A standard est relevé en 3è position parmi les priorités des hommes.

Tableau n° 7: la mise en place des éléments du P.M.A, vue selon les femmes et les hommes enquêtés.

HOMMES	Femmes
Accouchement+ C.C	Accouchement+ C.C
Accouchement + C.C + Vaccination	P.M A standard
P.M.A standard	Accouchement + C.C+ Vaccination + Médicament
Accouchement + C.C + médicament C.P.N	C.C + C.P.N+ Vaccination + Médicament
C.C+ Médicament + accouchement P.f	Accouchement + C.C + Medicament+ P.F

En regardant un peu plus ces choix, on peut se poser la question du pourquoi un tel morcellement du PMA, alors que ce dernier est la somme de prestations sanitaires minimales offertes à une population responsabilisée et sensibilisée dans des conditions de couverture de base. La question n'est certainement pas facile à trancher, surtout quand on est dans des conditions d'un cscom-test.

D'autre part, on ne devrait pas rester sans se prononcer sur cette façon de faire les choses, si on considère comme essentiel, l'adhésion et la mobilisation sociale des communautés rurales aux activités du centre. Peut-être cette communauté est moins homogène dans sa manière de comprendre sa santé ?

Elle fréquente les activités du centre à la demande. Mais, cette demande doit refléter le minimum qui fait consensus. C'est peut-être le consensus qui est mobilisateur. Les demandes particulières pourront suivre un itinéraire thérapeutique plus complexe.

Les hommes et les femmes interrogées sont d'accord sur la place de l'accouchement et la consultation curative. Il serait alors pertinent, à partir du modèle de Dougouolo, de considérer que ces deux éléments du P.M.A seront mobilisateurs pour l'ensemble des villages de l'aire de santé. Aussi, dans la phase de démarrage du cscom, la sensibilisation des bénéficiaires des prestations porterait davantage sur la priorisation de ces deux activités.

D'ailleurs, à partir de ce processus progressif évoqué par les participants de cette enquête sociale, ne pourrait-on pas imaginer que le lancement-test d'un projet de cscom, puisse se faire sur la base d'un noyau d'activités (accouchements+ soins curatifs+ médicaments) dont la pertinence n'est contestée par personne.

Tableau n°8 : Activités du PMA souhaitées selon le village de l'aire de santé et sa position par rapport au centre

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
Dougouolo	Accouchement + C.C	P.M.A standard	Accouchement + vaccination + C.C + Médicament
Kaniégué	Accouchement + C.C + vaccination	Accouchement + Vaccination	P.M.A standard
Pétesso	Accouchement + Vaccination	-	-
Namaziéla	Accouchement + Vaccination + C.C	P M A standard	P M A standard
Péguena-1	Accouchement + Vaccination	Accouchement + C.C + vaccination	P M A standard
Péguena-2	P.M.A standard	Accouchement + Vaccination	Accouchement + C.C + vaccination
Dossorisso P	Accouchement + C.C	-	-
Dossorisso B	Accouchement + C.C	Accouchement + C.C + vaccination	P M A standard
Samabogo	Accouchement + C.C	-	-

Connaissances par les individus des tarifs des prestations du PMA.

De façon globale, 48,1% (88/183) des individus interrogés de l'aire de santé affirment connaître les tarifs de toutes les activités fournies par le Cscm. Cette connaissance est mise en cause quand il s'agit des activités prises individuellement. En effet quand on considère quelques activités témoins on constate que 75 % (84/112) connaissent le prix de la consultation curative ; 18,3 % le prix de l'accouchement ; 12,7 % la C.P.N et 5,5 % la planification familiale.

Les tarifs des soins curatifs sont mieux connus des individus. Quand aux autres activités fournies par le centre, leurs tarifs sont faiblement connus, puisque leurs fréquentations demeurent aussi faibles. Il s'agit de la P.F et de la C.P.N par exemple.

8.1.6 Utilisation des Prestations du P.M.A par la population.

8.1.6.1 Opinions sur la fréquentation du centre

Depuis l'ouverture du centre jusqu'au moment de l'enquête, soit pendant 18 mois de fonctionnement, 192/217 (88,5%) individus de l'aire de santé ont fréquenté le centre. Pendant sa première année de fonctionnement, le Cscm aura été fréquenté par 4,1% des individus interrogés soit 9/217 de l'échantillon et 3,7% (8/217) le dernier semestre avant le début de l'enquête ; 1,4% (3/217) un mois avant l'enquête. Ceux qui n'ont pas d'opinion sur leur période de fréquentation représentent 1,8% (4/217) de l'échantillon.

Le taux de fréquentation du cscm est de 53 % (116/219) dans l'échantillon interrogé ; 18,3% (40/219) des individus interrogés font l'auto-médication contre 14,6% (30/219) des individus consultant un thérapeute traditionnel.

* Fréquentation selon le village

Nous distinguons trois groupes de villages quand on analyse les opinions des individus interrogés selon qu'ils proviennent des différents villages de l'aire de santé:

- les villages de Namaziela, Dossorisso peulh et Samabogo dont les habitants interrogés ont fréquenté le centre de façon maximale (18/18) pendant ces 18 premiers mois de fonctionnement .

- les villages de Dougouolo, de kaniégué et de péguéna-2 dont certains villageois ont fréquenté le centre de façon massive durant les 18 premiers mois de fonctionnement (59/61, 8/10, 24/27) et d'autres villageois ayant fréquenté le centre soit pendant sa première année de fonctionnement, soit pendant le dernier semestre, soit le dernier mois avant l'enquête.

- les villages de péguéna-1, de doussorisso-bambanan dont les villageois ont fréquenté le centre de manière similaire à la même proportion durant les différents moments de l'enquête.

Au regard de la fréquentation par sexe selon les différents moments de l'enquête, on relève que les femmes fréquentent de façon massive le centre que les hommes .

De façon générale, nous sommes en mesure d'affirmer que depuis son ouverture, le Cscm de Dougouolo affiche une bonne fréquentation par les usagers de l'aire de santé. Cette affirmation n'est que la résultante du besoin sanitaire existant et de l'intérêt que les populations de l'aire de santé attache à l'existence d'un centre de santé.

*** Le nombre de consultations au centre.**

Près de 39,7% des individus interrogés (71/179) n'ont pas d'opinion sur la fréquence de leurs consultations au cscom. Ceux qui ont fréquenté plus de trois fois le cscom représentent 28,5% (51/179) contre 12,3% (22/179) pour les individus ayant fait deux fois. Les villageois n'ayant qu'un seul séjour au cscom représentent 10,6% .

8.1.6.2 Opinions des femmes sur leur recours à l'accouchement protégé au centre de santé communautaire.

Sur 54 femmes interrogées, 23 d'entre elles (42,6%) ont eu recours au Cscom lors de leur dernier accouchement contre 25 femmes(46,3%) ayant accouché à la maison. Ces chiffres nous indiquent que le centre ne constitue pas le premier recours pour les accouchements. En plus, 11,1% des femmes de l'échantillon fréquentent une autre structure que le Cscom. Pourquoi ce phénomène ?.

Les femmes sont-elles réellement informées que les accouchements se font au centre ?.

Le poids de la tradition pèse-t-il sur la mentalité de ces femmes qui accouchent à la maison ou ailleurs
La tarification n'est-elle pas élevée par rapport au pouvoir d'achat de ces femmes ?

Demandées sur le tarif de l'accouchement, 34/54 des femmes de l'échantillon soit une proportion de 63 % connaît le tarif de l'accouchement c'est-à-dire la somme de 1000F.cfa contre 20/54 (37%) des femmes évoquant un tarif supérieur au tarif normal.L'explication est que certaines femmes interrogées confondent le tarif de l'accouchement pratiqué dans l'ancienne maternité rurale avec celui du nouveau Cscom.

Nous nous sommes intéressés aux activités du centre dans la période du post-partum. Les femmes assistées retournaient au centre après leur accouchement dans une proportion de 64,5% . Elles sont revenues au centre pour la vaccination du nouveau-né, le suivi nutritionnel. Les 11 femmes restantes (35,5%) ont affirmé quelles ne sont pas revenues au centre après leur accouchement.

L'accouchement est une activité pratiquée dans le Cscom de Dougouolo. L'activité existait dans la maternité rurale construite par les populations de Dougouolo et a été aménagée en cscom temporaire. Mais les avantages offerts par le centre communautaire pour les parturientes sont moins bien connus. Cet argument peut expliquer que toutes les nouvelles femmes accouchées ne reviennent pas au centre au cours du post-partum.

Elle a actuellement besoin d'une diffusion pour permettre une plus grande fréquentation des femmes du secteur de santé.

8.1.6.3 Opinions des femmes sur le recours à la consultation prénatale (C.P.N)

* Connaissances de la consultation prénatale :

Sur 54 femmes interrogées, 29 d'entre elles (53,7%) affirment connaître la prénatale (29/54). Près de 83,3% des femmes ont eu à consulter au cours de leur dernière grossesse. Parmi celles qui ont eu à faire la consultation prénatale au cours de leur dernière grossesse, 19 (76%) femmes ont eu à faire deux séances, 3 femmes (12%) ont fait une séance, et les trois restantes (12%) ne se rappellent plus . Interrogées sur le coût de la consultation prénatale, seulement 22,2% connaissent le tarif réel de la C.P.N contre 13 femmes 72,2% qui l'ignorent totalement. Ce phénomène s'explique par le fait que généralement les hommes payent la consultation prénatale à la place des femmes. Les femmes évoquent plusieurs raisons qui ne permettent pas leur participation à la CPN:

- le manque d'information de l'utilité des consultations prénatales
- le refus de l'époux de la soutenir pour la consultation
- le manque d'argent.

8.1.6.4 Opinions sur la consultation curative

Les soins curatifs sont de loin l'activité du cscm qui a le plus d'impact sur la perception de la population vis à vis du centre. C'est en même temps une des activités du PMA qui pose problème à cause de la tarification. Dans le cas de dougouolo, l'étude a révélé que 75% des sujets interrogés connaissent le tarif de la consultation fixé à 200 Fcfa. Toutefois, pour plus de la majorité des villageois, soit 54,7% ce tarif est connu à l'occasion d'une maladie. Il faut souligner que près de 24% des participants n'ont aucune information sur le tarif de consultation au centre de dougouolo. Ce manque d'information autour d'un élément essentiel du PMA, peut s'expliquer, soit par l'insuffisance des activités de sensibilisation du comité de santé, soit par la faiblesse du recours d'un nombre non négligeable de villageois qui préfèrent la médecine traditionnelle ou même la consultation en dehors de l'aire de santé. La précision en vaut la peine, puisque sur 9772 personnes de l'aire de santé, 2345 sont dans ce cas de figure, par extrapolation. Quand on fait une analyse des malades fréquentant les soins curatifs par village, on est d'ailleurs pas surpris de constater que près de 62,5% des patients sont des résidents des villages proches du centre. Il s'agit des villages de dougouolo, kaniégué, namaziéla et péguéna-1. Le village abritant le site du cscm compte à lui seul 30% des malades. Ce résultat ne constitue pas une surprise, dans la mesure où, on sait par expérience que le rayon d'attraction d'un centre de santé est réelle jusqu'à 5 km. Au delà, la fréquentation n'est pas nulle, mais la distance pose de sérieuses difficultés pour les populations.

8.1.6.5 Opinions sur les médicaments

On dit généralement que les médicaments constituent le « nerf de la guerre », pour les soins, aussi bien dans un cscm que dans un hôpital. Le cas du cscm est particulièrement significatif sur cette conception du médicament, puisque les villages étaient mal desservis en médicaments il y a seulement quelques temps. Il fallait parcourir des distances, souvent longues pour se procurer un médicament cher. Pour les habitants de l'aire de dougouolo, les médicaments existent au centre de santé. Ce sentiment est partagé par près de 80% de l'échantillon enquêté. La disponibilité du médicament est mieux ressentie par les habitants de dougouolo, pour lesquels l'accessibilité géographique du médicament est effective. Toutefois, selon les opinions des autres villages, les résultats de l'enquête d'opinion expriment la satisfaction de l'ensemble de la population vis à vis de la disponibilité du médicament essentiel. A kaniégué 100% des sujets interrogés confirment un sentiment positif par rapport à la disponibilité du médicament. A Pétesso, namaziéla, péguéna 1 et 2, on a enregistré respectivement 94% , 87% , 74% et 60% de satisfaction. Cette tendance décroissante, mais forte dans le niveau de satisfaction serait plus liée à l'effet de la distance par rapport au centre de santé. Il faut souligner que même les villages situés à plus de 10 km du centre de santé de Dougouolo, comme dossorisso et samabogo reconnaissent que le cscm est approvisionné en médicaments.

8.1.6.6 Opinions de la population sur les activités de l'infirmier dans les villages au cours de la stratégie avancée.

L'infirmier du centre de santé de dougouolo, consacre deux après-midis par semaine à la visite des villages éloignés du centre, dans le cadre de la stratégie avancée. Cette dernière a été identifiée pour promouvoir des soins préventifs. Il s'agit surtout de la vaccination dans le cas du centre de Dougouolo. Tous les villages de l'aire de santé sont visités. Les villages de kaniégué et de pétesso, situés respectivement à 2 et 3 kms se rendent au centre de Dougouolo pour les activités de vaccination.

De l'avis de plus de la majorité des villageois (54,9%), l'infirmier se rend régulièrement en visite dans les villages pour la vaccination. Cette activité est assez bien appréciée, puisque le taux de satisfaction est de 100% à namaziéla et dossorisso-peulh, 81,4% à péguéna-1, 88% à péguéna-2, et 90% à dossorisso-bamanan.

Le village de samabogo est toujours réticent à sa participation aux activités de la stratégie avancée. Le refus du chef de village de samabogo vient confirmer le peu d'adhésion des résidents du village aux activités de vaccination. Seulement 10,5% des personnes interrogées à samabogo apprécient positivement les activités de la stratégie avancée.

8.1.7 Opinions des villageois sur l'acceptation de l'infirmier du centre de santé de dougouolo.

L'infirmier du centre semble être bien accepté par les populations de l'aire. Sur 132 personnes ayant fourni une appréciation sur les activités et la bonne tenue de l'agent, 84,1% sont satisfaits des résultats obtenus. Ce score est le témoin de la qualité de l'agent, qui a intégré complètement la population, afin de l'amener progressivement à comprendre les activités développées par le centre de santé.

Pour un centre de santé communautaire, l'image de l'infirmier qui anime les activités est d'une grande importance pour la population. Tous les villages de l'aire de santé de Dougouolo, que nous avons pu approcher ont insisté sur la relation entre le personnel et la communauté. Le village de samabogo ne s'est pas prononcé pour des raisons propres à la localité vis à vis du cscm.

En fait, on peut signaler à partir de l'exemple de l'agent de santé de dougouolo, un profil souhaitable pour un personnel de santé communautaire, exerçant les responsabilités d'infirmier de cscom en milieu rural. L'infirmier de cscom doit avoir:

- une bonne technicité sur les aspects médicaux du centre;
- une qualité d'agent social pour intégrer la communauté et développer une relation avec elle.

En plus de ces qualités professionnelles d'acteur au sein du cscom, il doit vivre son contrat avec la population dans un état d'esprit ouvert, débarrassé de tout comportement fonctionnaire. On ne peut pas dire que c'est un villageois formé, puisqu'il peut ne pas appartenir au village qui l'emploie. Mais l'infirmier doit nécessairement épouser l'esprit du village avec ses solidarités et ses exigences. Un infirmier de Cscom intégré doit posséder son champ de culture comme les autres. Ceci peut prouver sa solidarité et sa manière de vivre.

8.1.8 Gestion du centre de santé

8.1.8.1 Opinions des villageois sur les recettes des activités.

*** A qui appartient l'argent payé par les malades?**

55/191 soit 28,8% des enquêtés affirment que les recettes des activités appartiennent aux villageois contre 24,1% (46/191) estimant que c'est l'argent du comité de santé. Ces deux opinions sont superposables car le comité de santé n'est que l'émanation de "SABUNUMAN" représentant tous les villages du secteur de santé.

Une catégorie d'individus 22 % (42/191) ne connaissent pas la destination des recettes des activités tandis que 9,4 % (18/191) affirment que les recettes appartiennent au gouvernement contre 7,3% affirmant qu'elles reviennent au personnel socio- sanitaire. Ceux qui n'ont pas d'opinion sur la destinée des recettes représentent 6,3% soit 12/191 contre 4/191 (2,1%) des individus ayant des opinions diverses sur l'argent payé par les consultants.

*** Que fait-on avec cet argent?**

L'utilisation normale des recettes du centre est moins connue des bénéficiaires car seulement 7% (13/187) des individus interrogés se prononcent sur la bonne réponse c'est-à-dire les recettes du centre sont utilisées pour son aménagement (dépenses de fonctionnement incluses), son approvisionnement en M.E et le salaire de l'infirmier. On trouve une majorité d'individus 43,9% (82/187) affirmant que les recettes sont utilisées pour le salaire de l'infirmier et l'approvisionnement en M.E. Ces deux opinions sont analogues car l'aménagement et les dépenses de fonctionnement étant des dépenses internes au Cskom ne rentrent pas généralement dans les préoccupations des bénéficiaires des soins. Les individus ignorant l'utilisation des recettes sont de 27,8% (52/187) suivis de 12,3% (23/187) d'opinions positives à l'aménagement du centre. Par contre 7% (13/187) n'ont pas d'opinion sur l'utilisation des recettes du centre.

*** Qui paye l'infirmier?**

38,9% (81/208) d'individus interrogés affirment que l'infirmier est payé par le comité de santé contre 40,4% (84/208) d'individus ignorant totalement la source du salaire de l'infirmier. Contrairement à cela, 13,5% (28/208) d'opinions affirment que c'est le gouvernement qui le paye alors 3,8% ne se prononcent pas sur le salaire de l'infirmier, probablement par défaut d'informations exactes.

8.1.9 Satisfaction de la population des activités du centre de santé

57,2% (103/180) des individus interrogés de l'échantillon sont satisfaits des activités du centre contre 42,8% (77/180) qui n'ont pas de bonne appréciation sur leur satisfaction des activités du centre. La satisfaction des individus autour des activités du centre est manifeste au sein de la population chez les femmes puisque 42,4 % (28/66) déclarent leur bonne appréciation que chez les hommes (50/114). Cela s'explique par le fait que les femmes se rendent plus au centre que les hommes. Les femmes doivent être les premiers bénéficiaires des activités du centre. Leur taux de satisfaction méritent une attention particulière.

8.1.10 Les améliorations souhaitées par la population de l'aire de santé

Les individus , les ménages et les familles du secteur de santé apprécient bien l'état actuel de fonctionnement de leur centre de santé communautaire. Cette bonne perception se reflète dans les opinions des villageois (81 % ; 132 /163) de l'échantillon tiré. A l'observation du travail effectué dans le cscom, force est de constater que certains aspects positifs sont déjà acquis à Dougouolo:

- La réduction de la distance à parcourir pour se faire soigner, accoucher les femmes et vacciner les enfants.
- La réduction des coûts des prestations de services dû à la cession du médicament à un tarif plus accessible pour les villageois
- L'intégration de certains services du P.M.A (soins curatifs et accouchements) dans l'environnement socio- culturel des villageois.

A côté de cette majorité de villageois ne souhaitant pas de changement immédiat dans les activités et ressources du centre , une proportion non négligeable d'individus (18,4% ; 30/163) voulait au cas où ces améliorations survenaient qu'elles portent sur l'agrandissement du centre de santé , la diminution du tarif de la consultation curative, la construction d'une salle de chirurgie et l'augmentation du personnel du centre de santé.

8.1.11 Opinions des chefs de village et conseillers, constituant le comité de sages de l'association SABUNUMAN

Les chefs et conseillers de villages n'ont aucun rôle défini dans les statuts et règlement intérieur de SABUNUMAN. Cependant le règlement de certains litiges ne peut se faire sans leur bienveillante intervention. Ils agissent comme régulateurs de la vie sociale. Aussi avions- nous pensé que les conseillers de villages, les leaders d'opinions et les chefs de villages pourront constituer un comité de sages de l'association santé communautaire de Dougouolo. C'est une forme de reconnaissance des institutions traditionnelles dans une structure dite comme l'association SABUNUMAN.

*** Strate 1 : Dougouolo**

Dans ce village, l'interview a concerné le chef de village et quatre de ces conseillers. D'une manière générale, les responsables locaux ont été impliqués dans la création du Cscm. Cette implication a commencé par l'information véhiculée par les autorités sanitaires du cercle de BLA. Puis les villageois ont cherché des briques pour transformer la maternité rurale afin d'avoir un dispensaire, une salle d'accouchements et un dépôt de M.E. Ils ont participé à la mise en place d'une Association "SABUNUMAN" dont le premier conseiller du chef de village Sekou Coulibaly est le président du comité de santé. Ce comité se compose des représentants de tous les villages associés à Dougouolo. Les villageois et leurs autorités n'ont pas été associés au recensement des problèmes sanitaires et de leurs solutions locales. Les villageois doivent payer la somme de 545F.cfa par imposable pour construire le nouveau bâtiment du centre. Le chef de village et ses conseillers affirment que les activités du Cscm sont bien organisées et apprécient bien leur personnel sanitaire. Ils sont tous satisfaits de l'existence d'un centre de santé à Dougouolo. Quand au mécanisme de prise en charge des indigents, 2/5 des autorités locales disent que les indigents sont traités par le personnel du centre contre 2/5 affirmant que c'est l'affaire du comité de santé et 1/5 pense que les indigents doivent passer par le chef de village. A l'analyse de ces informations, on peut conclure que les autorités locales ne sont pas informées sur le système de prise en charge des indigents à Dougouolo. Pour l'amélioration des activités du Cscm, le chef de village et ses conseillers suggèrent un agrandissement du Cscm et une diminution du tarif de la consultation.

*** STRATE 2 : Kaniégué, Pétesso et Namaziéla (3 chefs de villages et 8 conseillers ont été interrogés).**

Dans ces villages, les autorités locales ont été associées à la mise en place du comité de santé et à la création d'un centre de santé à dougoulo. L'apport des différents villages a été le transport des pierres pour la construction du bâtiment devant abriter le centre de santé communautaire. Les autorités sanitaires de BLA nous ont informé que les villageois devront contribuer financièrement pour construire le bâtiment du nouveau centre. Les villageois fréquentant le dispensaire doivent payer un ticket de consultation et les médicaments. Les chefs de villages et leurs conseillers affirment que les services offerts par le centre sont bien organisés pour tous les villages. Les malades sont rapidement guéris et la distance est courte. Tous les leaders sont satisfaits de l'existence d'un Cscm à Dougoulo. Les responsables locaux n'ont pas d'opinion sur le système de prise en charge des indigents des villages sauf un conseiller du chef de village de Kaniégué affirmant que les indigents doivent passer chez le chef de village pour se faire soigner. Enfin les chefs de villages et leurs conseillers suggèrent l'agrandissement du Cscm et l'augmentation de la gamme des M.E comme changement à apporter au Cscm.

*** STRATE 3: villages de Péguéna 1 et Péguéna2 et les villages de Dossorisso Peulh et de Dossorisso bambara (les responsables locaux ont les mêmes opinions que celles évoquées ci-dessus).**

*** STRATE 4: villages de Dossorisso Peulh et Dossorisso Bambanan et Samabogo.**

Opinion du chef de village de Samabogo:

Un jour, le médecin-chef de Bla est venu dans mon village pour nous annoncer qu'il veut créer un Cscm à Dougoulo et que le village doit désigner des délégués pour le représenter à une réunion qui se tiendra à Dougoulo. Le chef de village a répondu que le traitement de ses villageois se fait soit à Somasso (village situé à 11 km de Samabogo et il possède un dispensaire protestant dont les malades payent seulement les médicaments qui sont soit essentiels, soit en spécialité) soit au Koni (village se distançant de 15 Km de Samabogo possédant un dispensaire catholique). Le village n'a pas envoyé de représentants à la réunion. Les gens de Dougoulo sont plusieurs fois venus à Samabogo mais les villageois n'ont pas accepté. Les habitants de Samabogo ne veulent pas le Cscm de Dougoulo car il ya des rivalités entre Dougoulo et kéméni et entre Dougoulo et Somasso. Nous voulons notre propre Cscm car dans le passé Samabogo était un chef-lieu de canton qui regroupait plusieurs villages environnants d'une part et d'autre part Samabogo a une dynamique Association villageoise et est une zone de production cotonnière par excellence. Le village a une population de plus de 2500 habitants et les infrastructures existantes sont un centre d'alphabétisation fonctionnelle et une école du premier cycle.

Selon le chef de village, Samabogo peut construire et entretenir son propre Cscm. Les ressortissants de Samabogo ont eu l'appui d'une O.N.G pour construire un centre de Santé dans leur village mais le médecin-chef et le chef d'arrondissement de BLA ont refusé de signer les documents y afférents. Le médecin-chef aurait affirmé que Samabogo n'aura pas son centre de santé tant qu'il restera en poste à BLA. Nous ne pouvons pas nous associer avec Diarramana 1 et 2 car il existe des rivalités entre nous. Pour terminer, il ya seulement des liens de mariage entre Samabogo et Dougouolo. A l'inauguration du Cscm, les habitants de Dougouolo ont répondu à notre place car nous n'étions pas présents.

8.2 RESULTATS QUANTITATIFS:

8.2.1 : Fréquentation des activités et évolution de la fréquentation mensuelle des activités dans le cscom de Dougouolo.

ACTIVITÉ	Cscom de Dougouolo après un an de fonctionnement
Consultation curative nouveaux cas	26 %
Consultation prénatale :	47 %
Vaccination anti- tétanique:	49 %
Accouchements Assistés:	20,08 %
Vaccination : DTC1 - DTC3	78,08 % - 68 %
Rougeole :	46,75 %
Planification Familiale	0,51 %

Tableau 9: Taux annuels de fréquentation globale des activités:

Village	Nombre de N.C	Taux d'utilisation
Dougouolo	258	81 %
Kaniégué	11	32 %
Pétesso	12	15 %
Namaziéla	1	7 %
Péguéna 1 et 2	8	11 %
Dossorisso bambara et peulh	5	7 %
Samabogo	16	7 %

Tableau 10 : Taux de fréquentation de la consultation curative selon les différents villages de l'aire de santé de Dougouolo:

Les résultats quantitatifs des prestations du centre, rapportés ici, relatent au plan technique les performances du centre.

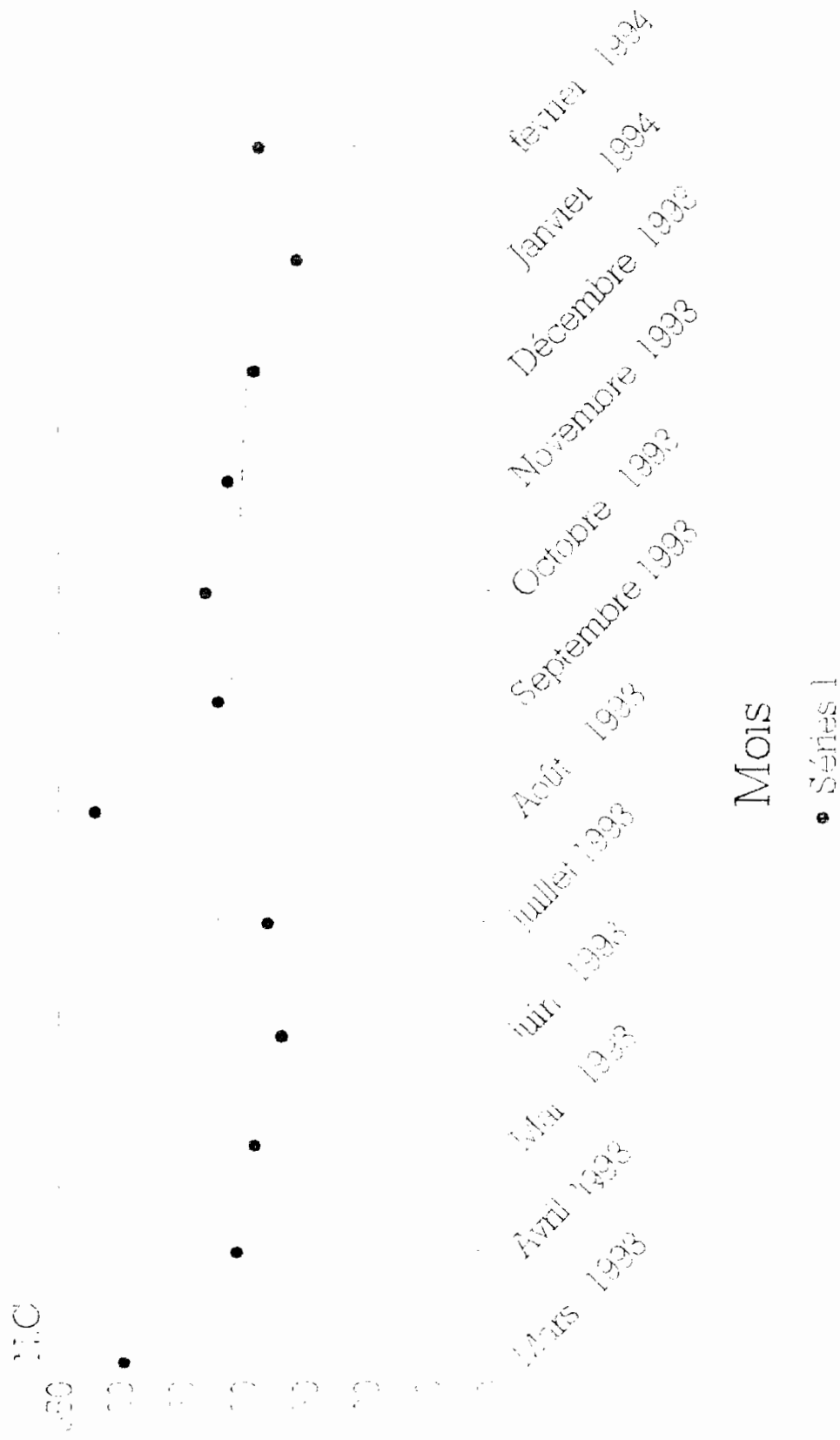
GRAPHIQUE 1 :

Le présent graphique montre l'évolution mensuelle de la consultation curative dans le cscom de Dougouolo. L'infirmier reçoit en moyenne 213 nouveaux consultants par mois. Au mois d'Août 1993, l'infirmier a reçu plus de nouveaux consultants soit 320 patients que tous les autres mois pendant lesquels s'est étendu notre étude. Le plus bas taux de nouveaux consultants a été enregistré au mois de Janvier 1994 où l'infirmier n'a reçu que 156 patients pendant ce mois.

Entre ces deux variations extrêmes se situent de nombreuses évolutions du nombre de nouveaux cas en consultation curative.

Consultation curative

Nouveaux consultants

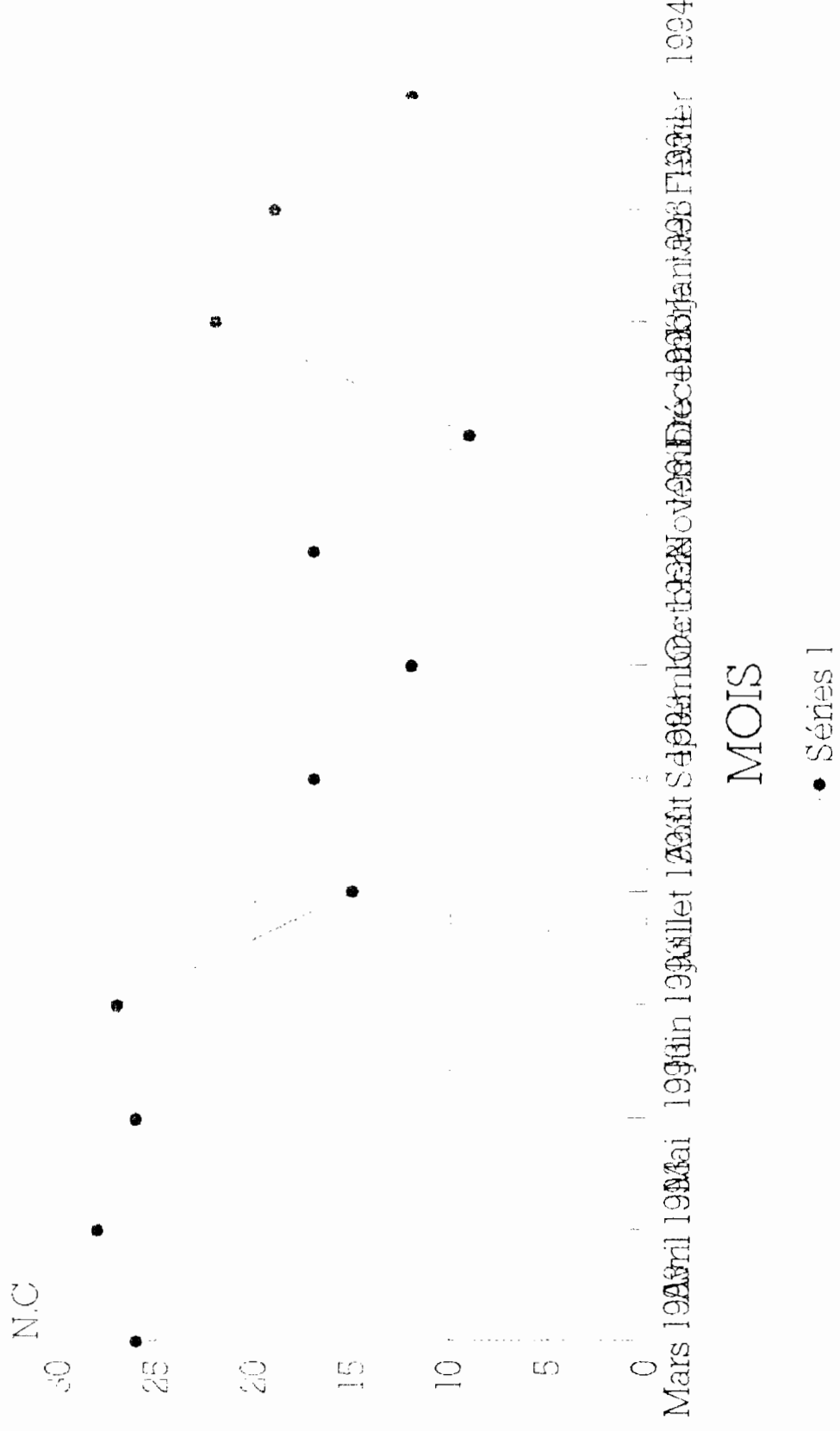


GRAPHIQUE 2 :

L'évolution mensuelle de la consultation prénatale à Dougouolo montre que la matrone reçoit aux séances de consultation prénatale en moyenne 19 nouvelles consultantes par mois. Les mois d'avril et de novembre 1993 ont été les deux mois où le CSCOM a enregistré respectivement le plus et le moins de nouvelles consultantes en consultation prénatale. Pendant ces deux mois la matrone a respectivement consulté 28 et 9 nouvelles consultantes à Dougouolo.

Consultation prénatale

Nouvelles consultantes

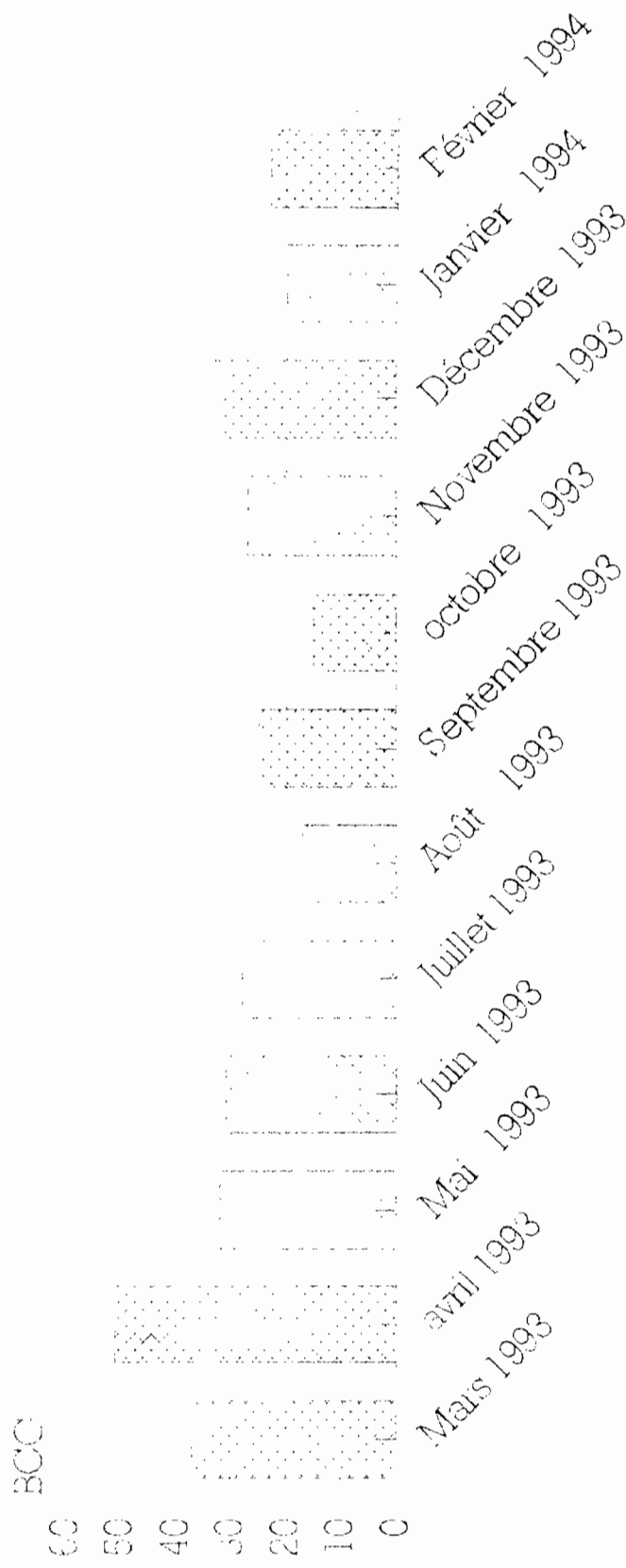


GRAPHIQUE 3:

Ce graphique montre l'évolution mensuelle des doses de BCG reçues par les enfants du secteur de santé de Dougouolo. Chaque mois, au cours de la stratégie avancée l'infirmier du cscom de Dougouolo vaccine en moyenne 28 enfants dans l'aire de santé de Dougouolo. Au mois d'avril 1993, le cscom a enregistré une cohorte d'enfants pour la vaccination au BCG. Cette situation est liée à l'attraction qu'a créé l'ouverture du nouveau cscom. L'infirmier a administré son plus bas nombre de doses de BCG au mois d'octobre 1993 où il n'a vacciné que 15 enfants dans l'aire de santé de dougouolo.

Vaccination des enfants de 0 à 11 mois

Nombre de doses de BCG



mois

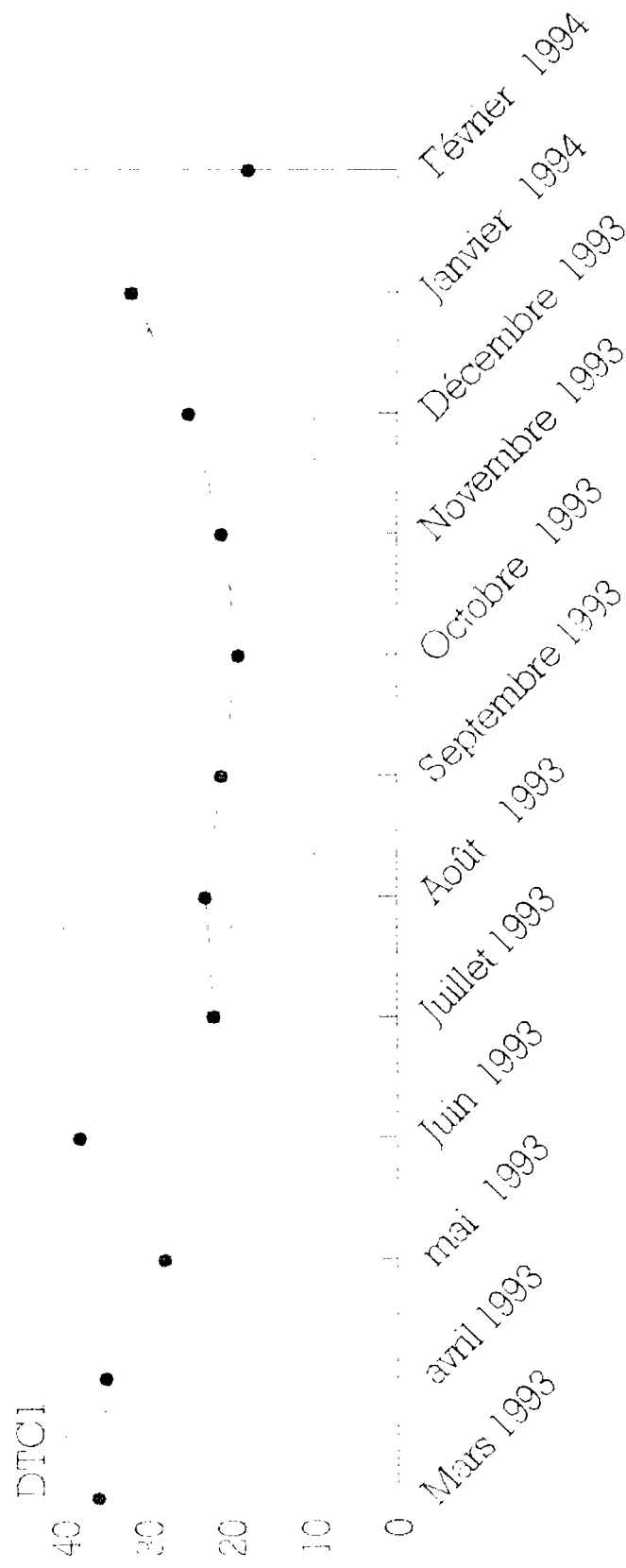
Séries 1

GRAPHIQUE 4 :

Ce graphique montre l'évolution mensuelle du nombre de doses de DTC1 reçues par les enfants de 0 à 11 mois de l'aire de santé de Dougouolo. Chaque mois, l'infirmier administre en moyenne 27 doses de DTC1. Les variations extrêmes d'administration du nombre de doses de DTC1 se sont situées aux mois de juin 1993 et d'octobre 1993.

consultation des enfants de 0 à 11 mois

nombre de doses de DTCl



MOIS

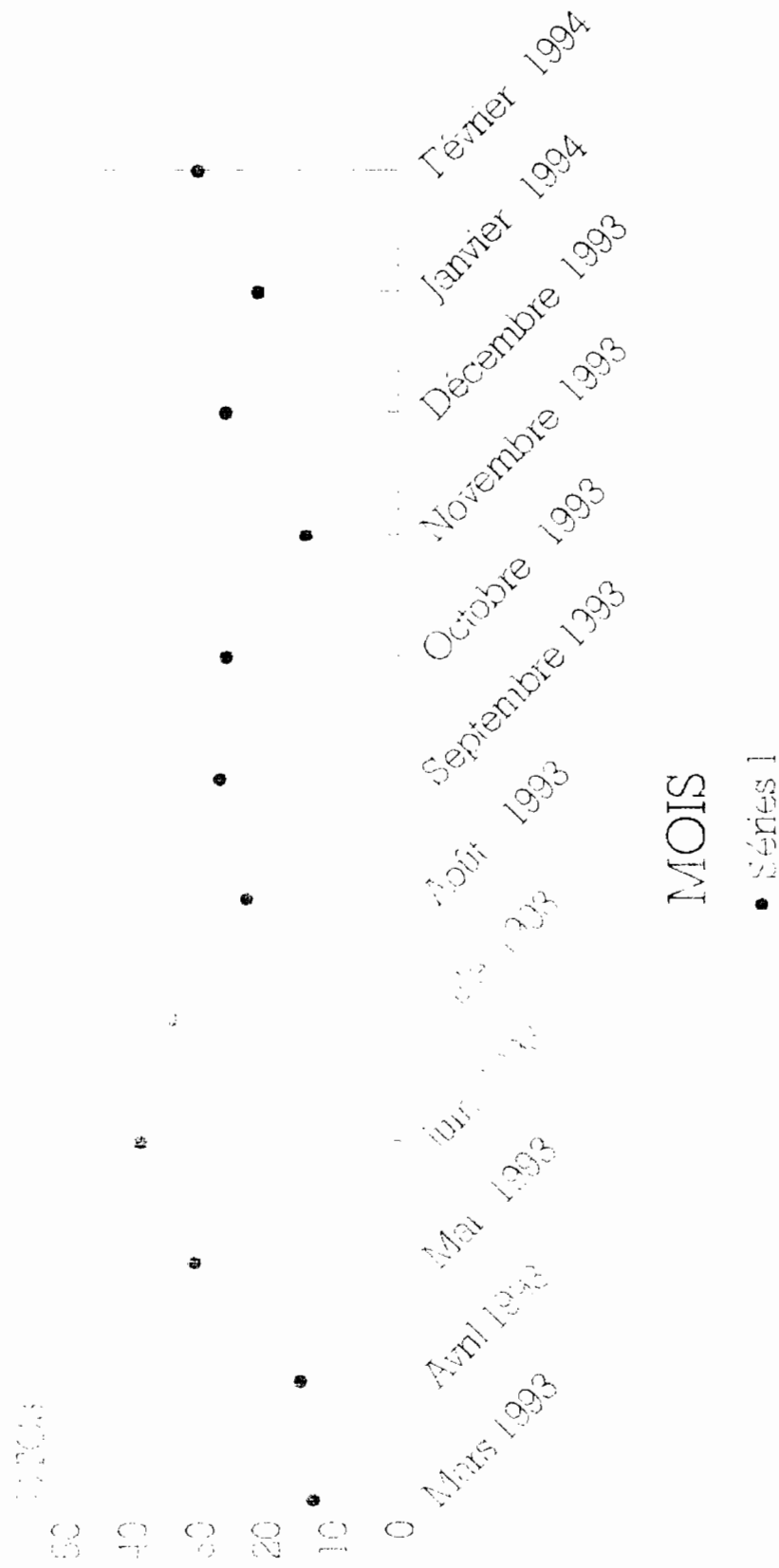
• Série 1

GRAPHIQUE 5 :

Ce graphique montre l'évolution mensuelle du nombre de doses de DTC3 reçues par les enfants de 0 à 11 mois de l'aire de santé de Dougouolo. Chaque mois , l'infirmier achève en moyenne la vaccination de 25 enfants du secteur de santé de Dougouolo.

vaccination des enfants de 0 à 11 mois

Nombre de doses de DTC3

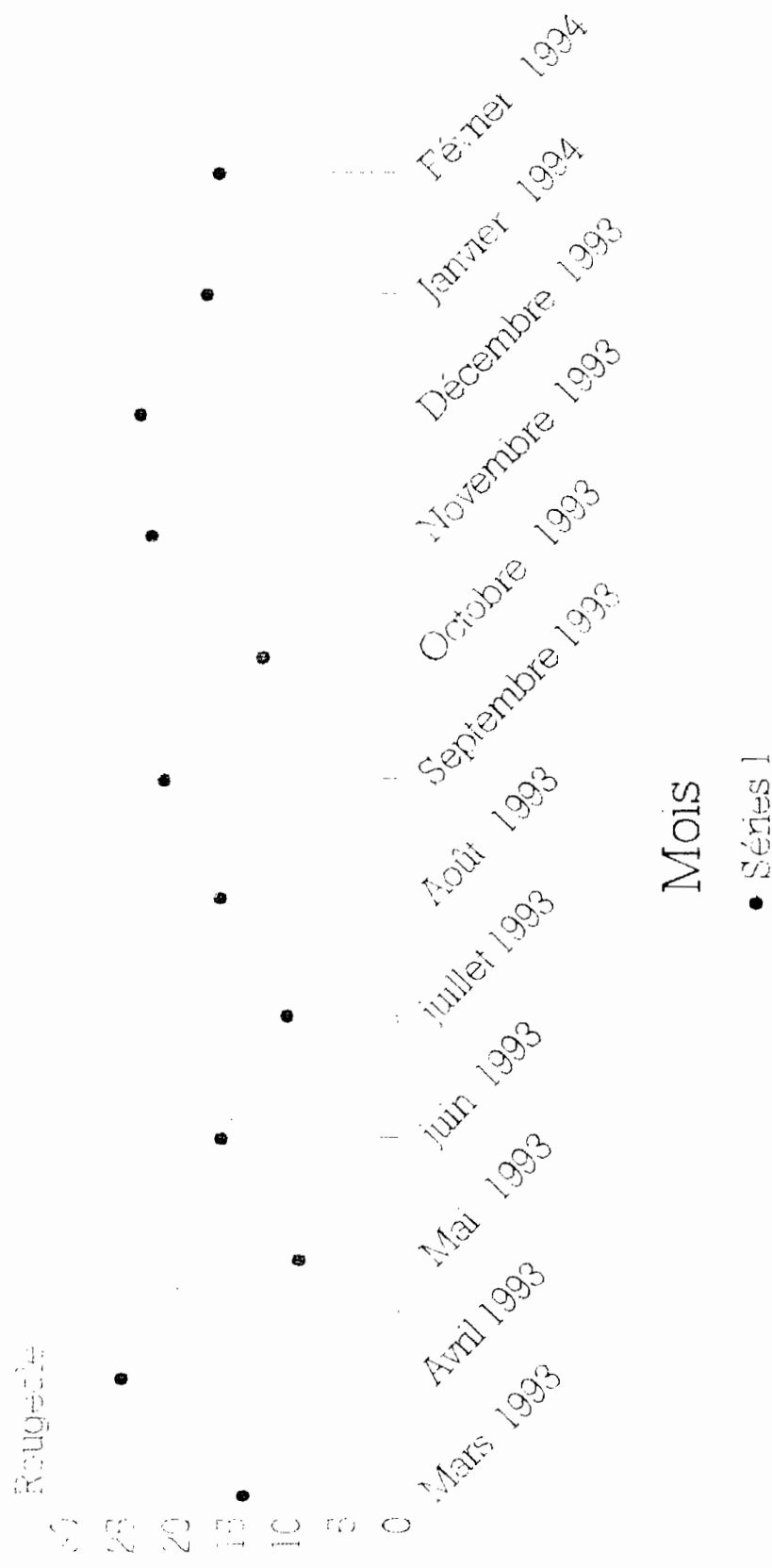


GRAPHIQUE 6 :

Evolution de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois contre la rougeole. Les fluctuations se situent entre les mois d'Avril et de Mai 1993.

vaccination des enfants de 0 à 11 mois

Rougeole

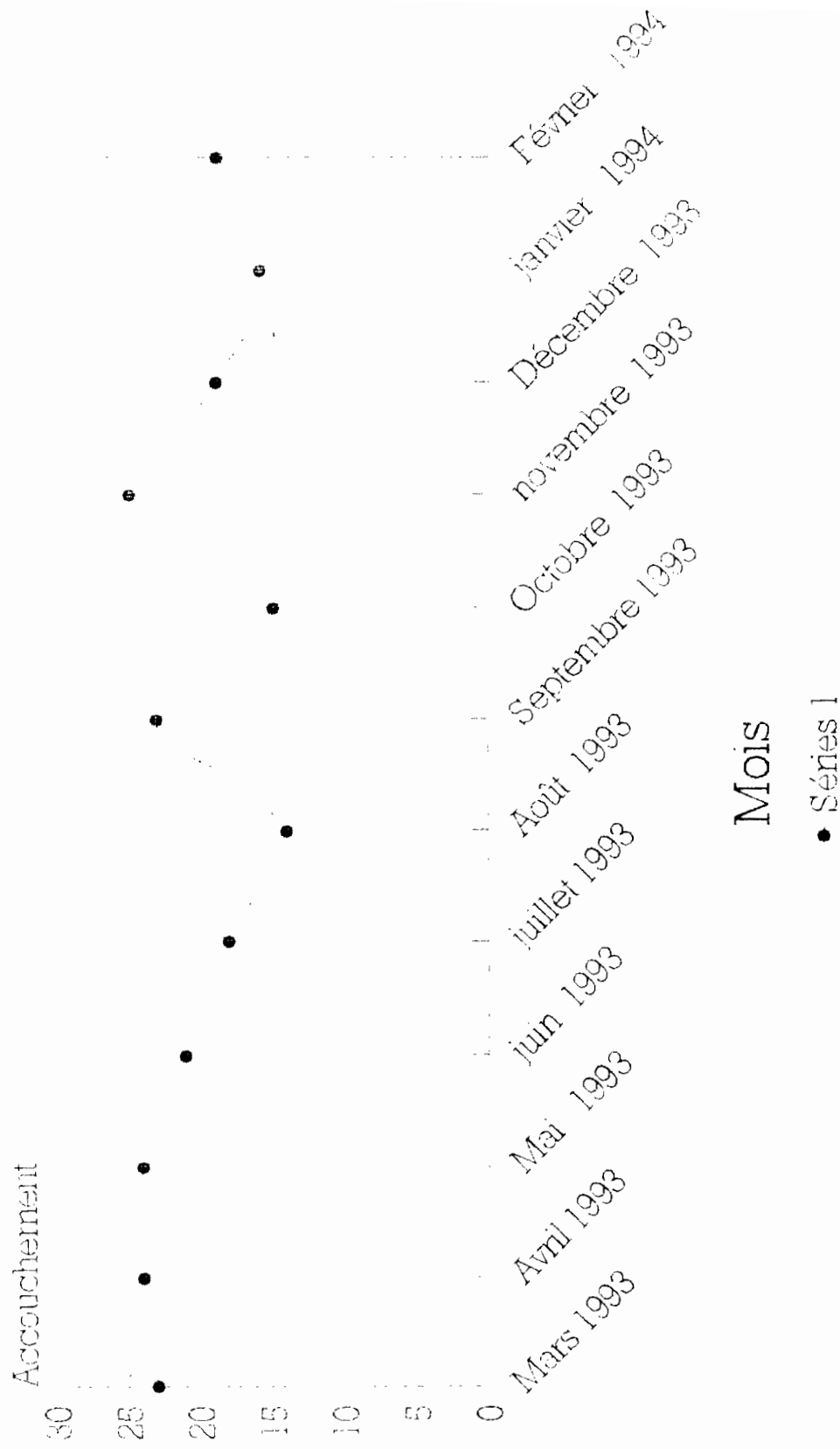


GRAPHIQUE 7:

Le graphique montre l'évolution mensuelle de l'accouchement dans le centre de santé communautaire de Dougouolo. Chaque mois les A.T.R assistent en moyenne 20 accouchements. Au mois de novembre 1993 le centre de santé communautaire a effectué le plus grand nombre d'accouchements.

Accouchement

Nombre de cas

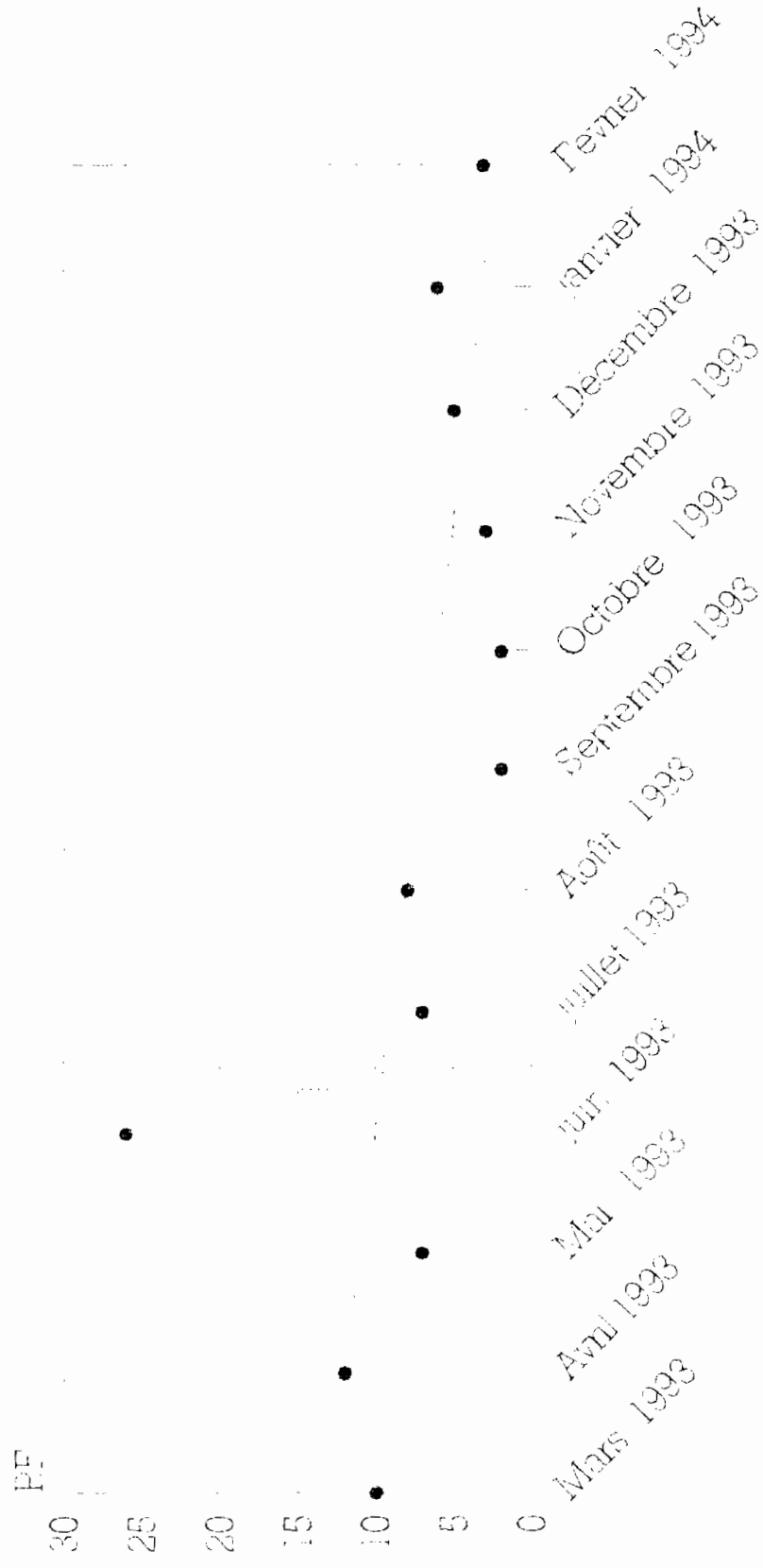


GRAPHIQUE 8 :

Le graphique montre l'évolution de la planification familiale dans le secteur de santé de Dougouolo. Chaque mois, au moins 8 femmes se planifient au cscom de Dougouolo. Les variations extrêmes se situent entre juin 1993 et septembre 1993 ou respectivement 26 et 2 femmes se sont planifiées au centre de santé communautaire de Dougouolo.

Planification familiale

Nouvelles consultantes



Mois

• Série 1

8.2.2 La qualité des soins dispensés par le centre de santé communautaire

La consultation curative est menée chaque matin de même que la planification familiale. Les activités telles que la consultation prénatale, la vaccination à Dougouolo ou par stratégie avancée se répartissent les après-midi de la semaine. Les prescriptions de la consultation curative se font à partir des ordinogrammes . Ces derniers concernent surtout les affections diarrhéiques chez l'enfant et l'adulte, les affections fébriles et respiratoires chez l'enfant. Il à noter que ces ordinogrammes manquent de précision dans l'association d'antibiotiques et dans la posologie des médicaments . Les taux d'utilisation des activités et de couverture des populations- cibles montrent que le cscm fournit des soins de qualité.

Soins curatifs: nouveaux cas	26 %
consultation prénatale :	47 %
vaccination anti-tétanique	49 %
Accouchements assistés	20,08 %
Vaccination: DTC1 DTC3	78,08 % 68 % soit
un taux de déperdition de 10%	
Rougeole	46,75 %

Notre étude a évalué à Dougouolo le coût moyen de l'ordonnance, le pourcentage d'antibiotiques par ordonnance et le pourcentage de chloroquine par ordonnance et enfin le nombre de médicaments par ordonnance. Il a été à cet effet tiré au hasard un échantillon de 1304 ordonnanciers répertoriés couvrant 3 mois d'activités. Nous avons à partir de ces données évalué le coût moyen de l'ordonnance à Dougouolo à 271 F.cfa par N.C , ce qui revient à 471 F.cfa par N.C par acte curatif ; 53,1% des prescriptions contiennent 3 médicaments. Le pourcentage de prescription d'antibiotiques à Dougouolo est de 67% à Dougouolo.

Les activités préventives sont intégrées et régies par un système de fiches opérationnelles (voir annexe) permettant à la matrone de faire des consultations prénatales et à l'infirmier de procéder à des séances de vaccination soit à Dougouolo soit par stratégie avancée.

Ces fiches opérationnelles sont classées dans un casier village qui prévoit une case pour chaque village. Pour chaque enfant il existe également une fiche échéancier. L'infirmier utilise cette fiche pour inscrire la date de rendez-vous qu'il a donné à l'enfant. Cette fiche est gardée au niveau d'un échéancier comportant douze cases (une pour chaque mois). La fiche est classée dans la case du mois correspondant avec celui du rendez-vous. Lors de chaque consultation l'infirmier donne un nouveau rendez-vous et met la fiche échéancier à sa nouvelle place.

Un enfant qui n'a pas répondu au rendez-vous peut donc être identifié en vérifiant les fiches qui restent au niveau de la case du mois écoulé. Cette organisation permet de prendre à temps des mesures pour la récupération. En effet, à partir du casier à village on peut retrouver facilement la F.O même si l'enfant vient à un moment imprévu, comme la consultation curative par exemple; lors de cette consultation, l'infirmier peut s'apercevoir que l'enfant n'est pas complètement vacciné et conseiller à la mamam de pour suivre les séances (récupération passive). Pour les enfants qui n'ont pas répondu au rendez- vous des visites à domicile sont organisées soit par l'infirmier lui-même soit à travers des membres du comité de santé informés par l'infirmier.

8.2.3 La gestion des médicaments essentiels dans le centre de santé communautaire de Dougouolo.

Les prescriptions se font à partir d'une liste dressée de médicaments essentiels disponible au Cscm de Dougouolo. Un programme d'approvisionnement et de distribution des M.E fonctionne depuis l'ouverture du cscm. Il s'autofinance par la vente des médicaments essentiels auprès des utilisateurs par la matrone. La vente des médicaments essentiels est intégrée dans le complexe du cscm avec un multiplicateur de 2,8 par rapport au tarif I.D.A. La gestion des M.E est décentralisée c'est-à-dire le cscm de Dougouolo n'est pas dépendant du centre de santé de cercle et il existe un registre permettant de contrôler les entrées et les sorties et de quantifier le stock . Le réapprovisionnement se fait par le technicien sanitaire à partir du stock de Bla . IL est mensuel et obéit à la règle (quantité vendue - stock/2). L'inventaire des médicaments essentiels est trimestriel. Les prix des M.E sont uniformes dans tous les Cscoms et centres de santé d'arrondissement du cercle de Bla. La prescription des M.E se fait à partir des protocoles thérapeutiques standardisés. Le Cscm connaît souvent des ruptures de stocks. Dans ce cas l'infirmier fait une commande urgente après avoir informé le comité de gestion du Cscm. Il existe souvent un retard dans l'acheminement de ces commandes urgentes et il est à noter que la durée de la rupture de certains M.E pourrait à long terme entacher la crédibilité du centre de santé communautaire.

Conclusion:

En dépit de ces ruptures , le programme des médicaments marche bien. La crédibilité du cscm en dépend car les communautés attachent de l'importance aux médicaments favorisant aussi la réputation du personnel sanitaire .

Médicaments
acide salicylique comprimé 300mg
acide salicylique comprimé 500mg
acide benzoïque + salicylique 1/2 kg
aluminium hydroxyde comprimé 500 mg
aminophylline comprimé 200mg
aminophylline injectable 25mg/ ml 10ml
amoxicilline comprimé 250mg
amoxicilline sirop 125mg / 5mg 60ml
benzathine benzylpenicilline 2,4 M.U
benzoate de benzyl 1 1
chloramphenicol gel 250 mg
chloroquine comprimé 100 mg
cotrimoxazole 100/20 comprimé
cotrimoxazole 400/80 comprimé
diazepan comprimé 5mg 13,87
diazepan injectable 5mg/ml 2ml
eau distillée 10 ml
épinephrine injectable 1mg/ ml 1ml
furosémide injectable 10mg/ml
griseofulvine 125mg comprimé
hydrochlorthiazide comprimé 50mg
ibuprofen comprimé 100mg
lidocaïne injectable 2% 50ml
mebendazole comprimé 100 mg
methylergotamine 0,2mg 1ml
metronidazole comprimé 250mg
nystatine pastilles 100.000 UI
paracétamol comprimé 500mg
praziquantel comprimé 600mg
procaïne benylpenicilline 3g
prométhazine comprimé 25mg
prométhazine elixir 5mg/5ml 250ml

prométhazine injectable 25mg/ml 2ml
propantheline bromide 15 mg
quinine injectable 300mg/ml 2ml
retinol 200.000 UI gélules
sel ferreux + acide folique comprimé 60/0,25
S.R.O
tétracycline comprimé 250 mg

Tableau 11 : Liste des médicaments essentiels disponibles au cscm de Dougouolo (référence 20)

8.2.4: Evaluation de la gestion comptable du Cskom de Dougouolo

Les recettes :

- Prestations des services (cahier de recettes des activités)
 - Vente des médicaments essentiels(cahier de recettes de M.E)
- Pour les prestations de services, le Cskom de Dougouolo a la tarification suivante :

Consultation curative : 200 fcfa

Consultation prénatale: 200 fcfa

Planification familiale : 200 fcfa

Accouchement :1 000 fcfa

comme suit

Forfait A.T.R = 250 Fcfa

Acte de naissance : 400 fcfa

Recettes nettes pour le CS : 350 f cfa

Les recettes réalisées par la vente des médicaments se repartissent comme suit :

75 % des recettes vont au renouvellement du stock du dépôt du cercle de Bla

15 % des recettes sont déposées à la banque

10 % des recettes sont versées au comité de santé pour la prise en charge partielle des dépenses de fonctionnement.

Toutes les recettes sont recueillies et gérées quotidiennement et de façon autonome par le trésorier du comité de santé. Elles permettent de payer l'infirmier du Cskom et d'assurer les dépenses de fonctionnement

Les dépenses

Salaires : il s'agit essentiellement du salaire de l'infirmier qui est de 30 000 f.cfa. IL a été majoré de 750 fcfa en Juillet 1994 pour cause de dévaluation.

Le salaire de la matrone est pris en charge par le C.L.D et s'élève à 21.773 fcfa

Frais de fonctionnement : il s'agit surtout :

- . Essence pour le déplacement de l'infirmier dans les villages pour les séances de vaccination.
- . Pétrole pour le réfrigérateur
- . Savon pour le linge
- . Alcool
- . Frais de réparation de la mobylette
- . Achats des consommables : ordonnanciers (rupture en octobre 1994) carnets de consultation curative, prénatale, accouchement, planning familial et papeterie pour les différents rapports
- . Actes de naissances
- . Forfait A.T.R (250 fcfa/acc)

Frais d'investissement

- . Achat de la mobylette cédée au comité de santé
- . Acquisition du mobilier et de l'équipement
- . Constitution d'un fonds initial pour les M.E
L'ordonnateur des dépenses est en même temps le trésorier qui est aussi le comptable des deniers.

Tous les supports de gestion relatifs aux différentes activités existent ainsi que les fiches de stock des M.E
Le comité de santé a versé une somme de 447 845 fcfa à la banque libérable sous la co-signature du président du comité de santé et du médecin- chef de Bla.

Dépenses en milliers de francs cfa	Recettes en milliers de fcfa
Stock M.E initial: 800000f.cfa	Activités: 942.300fcfa
Salaires Infirmier: 366.000f.cfa	Médicaments: 1.324.325 fcfa
Forfait A.T.R 60.250f.cfa	Subvention C.L.D: 261.276fcfa
Frais de fonctionnement: (pétrole pour le réfrigérateur, carburant et entretien de la mobylette): 11.700f.cfa x 12 = 140400 f.cfa	Subvention Etat:3500f.cfa
Entretien-bâtiment: 48760fcfa	Stock M.E: 437.852 F.cfa
Amortissement: Petite instrumentation: 43333f cfa Grande instrumentation: 94000f cfa Refrigerateur: 120.000f.cfa Mobilier :20.000f.cfa Mobylette : 91667f.cfa	

Autres dépenses:	
Frais d'ordonnance du président du comité de santé:	
4095f.cfa	
Frais de déplacement+ Nourriture du président et du trésorier du comité de santé:	Excédent d'exploitation:
2900f.cfa	1.115.448 f.cfa
Frais des photos d'identité du président et du trésorier:	
2400f.cfa	
Cadeaux d'encouragement au personnel du Cscm:	
5000f + 25000fcfa: 30000f.cfa	
Nourriture du comité de santé 2500fcfa x 12: 30000 F.cfa.	
Total: 1.853.805 F.cfa	Total: 1.853.805 F.cfa

Tableau 12: Compte d'exploitation annuel (Mars 1993 - Février 1994).

Commentaires: Le compte d'exploitation du cscm de Dougouolo après 12 mois de fonctionnement nous donne en dépenses la somme de 1.853.805 F.cfa contre en recettes la somme de 2.969.253 f.cfa en recettes. Ce compte dégage un solde positif 1.115.448 f.cfa malgré la prise en compte de l'amortissement du gros matériel (grande instrumentation, réfrigérateur) qui doit être pris en charge par l'état ou les collectivités décentralisées (21). Les recettes propres du centre de santé communautaire se répartissent comme suit :

Ventes des M.E : 52 %.
Prestations des services : 37 %.

**IX. Application du modèle de Rifkin pour
l'évaluation de la participation
communautaire dans le cscom de
Dougouolo.**

9.1 Présentation du Modèle théorique :

Selon RIFKIN, la participation communautaire " est un processus social dans lequel des groupes particuliers ayant des besoins communs et vivant dans un périmètre déterminé s'emploient **activement** à définir leurs besoins tout en prenant des **décisions** et en se dotant des **mécanismes** destinés à satisfaire ces mêmes besoins "(22).

Afin d'analyser la participation communautaire à Dougouolo notre étude se servira de l'échelle décrit par RIFKIN. Il s'agit d'une échelle à cinq branches. Ces dernières représentent les cinq facteurs qui influent sur la participation dans un centre de santé communautaire. Il s'agit de:

- . l'appréciation des besoins
- . la direction des activités
- . l'organisation des activités
- . la mobilisation des ressources
- . la gestion des ressources

L'ensemble des cinq facteurs sont explicités dans le tableau n° 21. Ce dernier résume les principaux éléments qui définissent chaque indicateur de la participation communautaire.

21. BICHMANN , W ; RIFKIN , S.B ; SHRESTA , M : Peut - on mesurer le degré de participation communautaire ?

Forum mondial de la santé vol. 10 : 1989 ; pp 513 - 519.

	étroite	limitée	Moyenne	ouverte	Ample
Indicateur					
Appréciation des besoins	imposée de l'extérieur avec point de vue médical spécialisé (DSC, agent sanitaire de village, personnel du poste de santé) ou programme de construction imposé à la communauté.	Le point de vue médical domine une approche « éducatrice ». Les intérêts de la collectivité sont également pris en considération.	Le DSC est un représentant actif des points de vue communautaires et il apprécie les besoins.	Le CSQ représente activement les points de vue de la collectivité et des besoins.	Les membres de la collectivité en général sont impliqués dans l'évaluation des besoins.
Direction des activités	Unilatérale (minorité riche); le président du comité de quartier est imposé; le personnel de santé assume la direction; ou: pas de CSQ hétérogène.	CSQ ne fonctionne pas mais DSC fonctionne indépendamment des groupes d'intérêts sociaux.	CSQ fonctionne sous l'autorité d'un DSC indépendant.	CSQ actif, prenant l'initiative.	Le CSQ représente toute la diversité des intérêts présents dans la communauté et contrôle les activités du DSC.
Organisation des activités	Le CSQ est imposé par les services de santé et inactif.	Le CSQ est imposé par les services de santé mais a mis sur pied certaines activités.	Le CSQ est imposé par les services de santé mais il est devenu pleinement actif.	Le CSQ collabore activement avec d'autres organisations communautaires.	Les organisations communautaires existantes ont été impliquées dans la création du CSQ.
Mobilisation des ressources	Une petite quantité de moyens a été réunie par la collectivité. Aucune redevance n'est perçue. Le CSQ ne décide d'aucune affectation de moyens.	Percution de redevances. Le CSQ n'est pas maître de l'utilisation des sommes perçues.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité, mais aucune implication dans le contrôle des dépenses.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité et contrôle de leur utilisation par le CSQ.	Les redevances et d'autres formules de financement permettent de drainer des sommes considérables. Le CSQ affecte l'argent, ainsi recueilli.
Gestion des ressources	Suscitée dans les services de santé. Le DSC n'est qu'encadré par du personnel de santé.	Le DSC gère de façon indépendante, avec une certaine participation du CSQ. Seul l'encadrement est assuré par du personnel de santé.	CSQ autogéré sans contrôle des activités du DSC.	CSQ autogéré et associé à l'encadrement du DSC.	DSC responsable vis-à-vis du CSQ et activement encadré par celui-ci.

TABLEAU 13 : Echelle de classement des indicateurs de la participation communautaire (d'après WOLFGANG BICHMANN , SUSAN B. RIFKIN et MATHURA SHRESTA).

9.2 : Application du modèle au cscm de Dougouolo

9.2.1 Appréciation des besoins:

L'aire de santé de Dougouolo regroupe 8 villages ayant formé l'association santé communautaire. L'observation de la genèse de l'association SABUNUMAN nous montre qu'il est intéressant d'étudier les différentes phases de sa mise en place.

Il est à noter que l'initiative de regroupement des villages en aire de santé n'a pas été locale. Les dates, les lieux des réunions ont été initiés par l'équipe socio-sanitaire du cercle de Bla. Les villages devant constituer l'aire de santé de Dougouolo ont consenti.

Dans le modèle de Dougouolo, l'ensemble de l'approche communautaire a été conduite par l'équipe socio-sanitaire . Les membres des collectivités concernées auraient pu désigner un groupe constitué de leaders, acquis au changement, ayant mission de conduire les étapes de la négociation.

En réalité pour citer Bassolet (22), " amener un village (ou un quartier) à une meilleure prise en charge des problèmes de santé ne peut se faire en une seule ou deux fois. Le processus de négociation exige de nombreuses discussions et des temps de réflexion. L'équipe de santé de cercle cherchera à atteindre les différents groupes sociaux : hommes et femmes , jeunes et vieux, car les uns et les autres ont des approches, des connaissances, des idées différentes et complémentaires."

L'analyse du contenu du P.M.A montre cependant que les besoins de santé de base de la population ont été considérés pourtant après la mise en place du P.M.A standart, le comité de santé n'arrive pas à dégager des moyens pour informer suffisamment les villageois de l'aire de santé sur le contenu réel du P.M.A. Au bout d'un an, on constate que le paquet minimum de soins est bien consommé. Les taux de fréquentation et la couverture des populations-cibles auraient été meilleurs si un dialogue s'installe entre les villageois à partir de l'analyse des rapports mensuels d'activités recueillies par le personnel du cscom afin d'une part d'améliorer leur information sur le contenu du P.M.A et d'autre part de mieux sélectionner leurs problèmes prioritaires et afin d'apporter toujours dans le dialogue aux problèmes d'étape de l'implantation.

En donnant un score à l'appréciation des besoins à Dougouolo selon l'échelle de Rifkin (8) nous pouvions attribuer le chiffre 2 .

9.2.2 Direction des activités du Cscm.

C'est SABUNUMAN qui assure cette fonction. Cet organe est dirigé par un comité de santé composé des délégués des villages constituant l'asaco.

L'action de ce comité de santé est pour le moment faible dans la direction des activités. Depuis son installation, le comité n'a pas entrepris d'activités de sensibilisation afin de permettre une implication des villageois dans la gestion de leur centre de santé communautaire. Ceci est manifeste à l'analyse des opinions des bénéficiaires des soins où seulement une infime catégorie (4,44% ; 6/135) cite de façon complète les villages adhérents à l'Asaco. Pire, certains villageois n'arrivent pas à citer les noms de leurs représentants siégeant au comité tandis que d'autres ne connaissent qu'un ou deux. La transmission des informations se fait surtout du centre de santé vers les populations et non dans le sens inverse. Des signes de démobilisation commencent à se manifester tels que l'absence répétée de certains membres du comité de santé aux réunions, la non-régularité de l'élaboration des P.V des réunions du comité de santé, la possession par certains membres du comité de santé d'une boîte de pharmacie privée, pratique incompatible avec une mobilisation sociale autour du Cscm, le refus de la majorité des villages adhérents de payer leur contribution à la construction du nouveau centre (seuls Dougouolo et doussorisso Peulh ont présentement respecté leur engagement).

Après un an de fonctionnement, l'action du comité de santé devrait se faire remarquer. Cet organe constitue la clé de la communautarisation du centre de santé. L'enthousiasme des populations vis-à-vis de l'existence de leur centre de santé contraste avec le peu de mobilité et l'esprit d'initiative du comité de santé.

Selon la même échelle, le comité de santé de Dougouolo mérite le chiffre 4 comme score.

9.2.3 Organisation des activités :

Elle est basée sur la disponibilité d'un paquet minimum de soins curatifs et préventifs. Un calendrier élaboré en accord avec le comité de santé est exécuté par le personnel. Le centre de santé est dirigé techniquement par un compétent infirmier. Chaque matin l'infirmier s'occupe des activités curatives et la matrone de la vente des M.E. Tous les jours, les A.T.R font des accouchements. Elles sont souvent assistées par la matrone. Les soins préventifs se répartissent entre les après-midi de la semaine et sont fournis par le même personnel.

Une forte majorité de villageois (hommes et femmes) de l'échantillon interrogé (84,1% ;) sont satisfaits de l'organisation des activités du centre de santé quand on analyse leurs opinions.

Nous sommes en mesure de dire que l'organisation des activités est satisfaisante au cscom de Dougouolo. Le chiffre 5 est attribuable à l'organisation des soins à Dougouolo selon l'échelle de Rifkin.

9.2.4 Mobilisation des ressources :

Les ressources financières du cscom sont constituées exclusivement par les recettes provenant de la tarification des actes. Après une étude de faisabilité, ces différentes tarifications ont été proposées par l'équipe de santé de cercle et acceptées par le comité de santé des villages adhérents. Les recettes générées sont quotidiennement collectées par le trésorier du comité de gestion qui fait le compte-rendu à la réunion mensuelle du comité de santé. Au niveau du Cscom, le comité a séparé les recettes des activités de celles des M.E. Il existe au centre un cahier de recettes des activités et un cahier de recettes des M.E.

En définitive le comité de gestion mobilise régulièrement les ressources financières pour le fonctionnement du cscom. Il ya une séparation nette entre les fonctions de gestion des ressources exercées par le comité et celles de production des services relevant du personnel du centre. Le quatrième facteur de l'échelle de RIFKIN mérite le chiffre 4.

9.2.5 Gestion des ressources du Cscm:

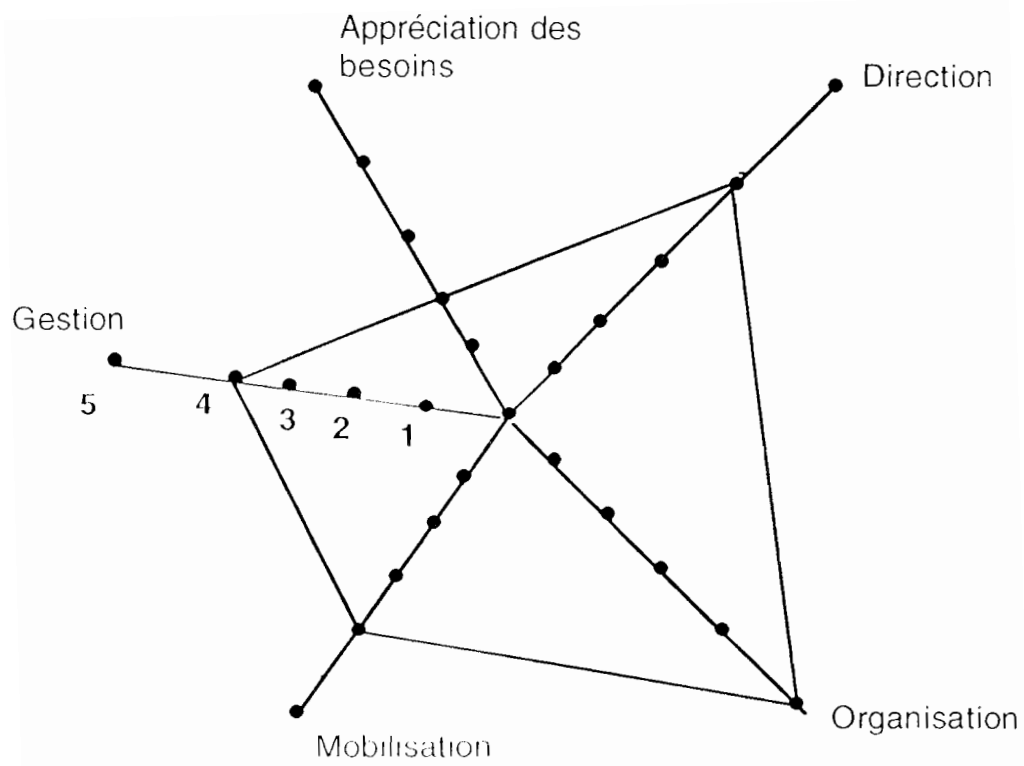
Les ressources financiers du cscm assurent une autogestion du système. Elles sont utilisées pour assurer les salaires de l'infirmier, l'approvisionnement en M.E et les dépenses de fonctionnement. L'infirmier et les A.T.R perçoivent mensuellement leurs salaires du comité de santé. La marge bénéficiaire est accumulée dans la caisse du trésorier et lorsqu'elle atteint une somme acceptable, elle est alors versée au compte bancaire de l'association qui est disponible par la double signature du président et du médecin-chef de BLA. Après un an d'activités le Cscm de Dougouolo se retrouve avec un excédent d'exploitation de 1.115.448 F.cfa témoignant de la viabilité financière du Cscm.

Les opinions des villageois (50,9%; 95/187) révèlent qu'ils sont moyennement informés sur la gestion des ressources financières car plus de la moitié d'entre eux savent l'utilisation des recettes. Le score 4 est attribuable au dernier facteur de l'échelle de Rifkin.

9.3. Construction de l'échelle de Rifkin appliqué au cscm de Dougouolo.

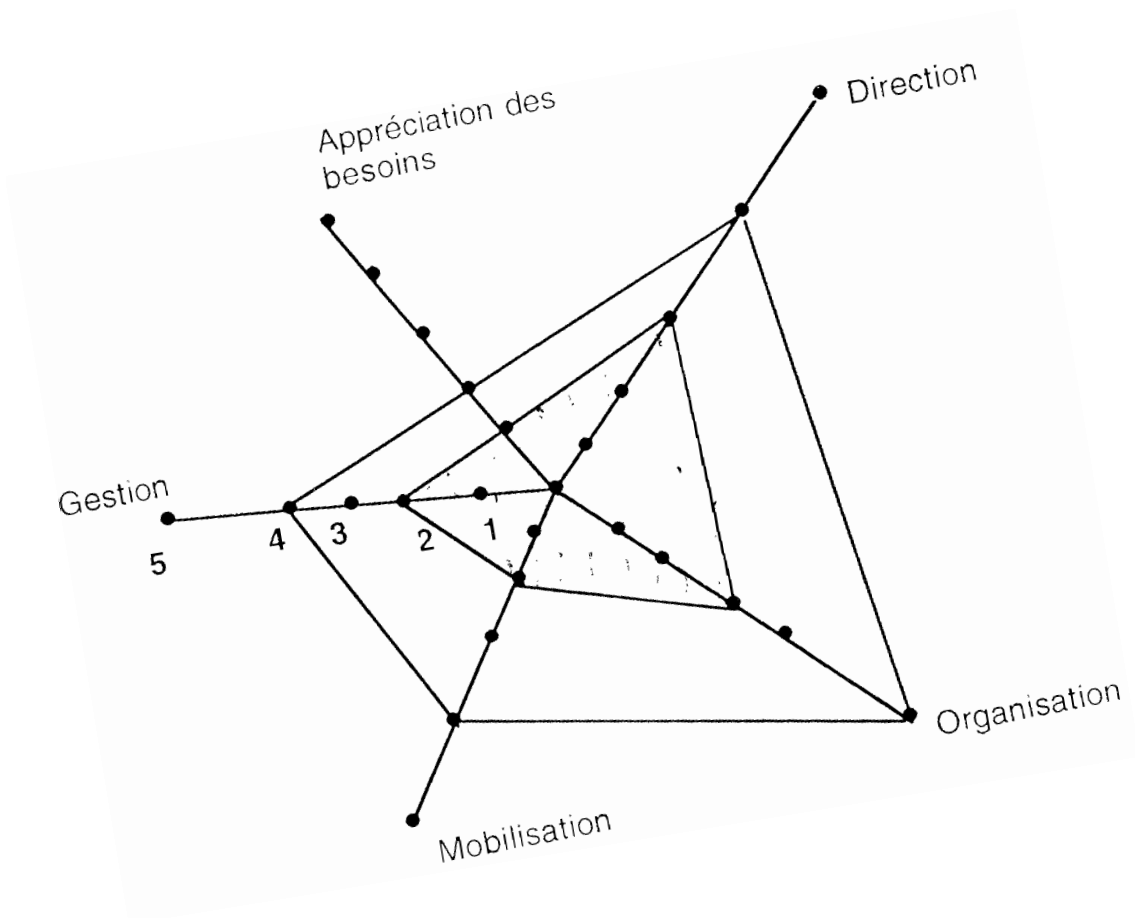
En portant chaque score sur la branche correspondante de l'échelle et en les joignant par des traits, nous arrivons à construire un diagramme.

Ce diagramme est l'échelle de Rifkin appliqué au cscm de Dougouolo et représente l'ampleur de la participation communautaire à Dougouolo.



ECHELLE de Rifkin dans le CSCOM de Dougouolo

Graphique 9: Echelle de RIFKIN appliqué au cscom de Dougouolo.



Graphique 10 : Comparaison de la participation communautaire à Dougouolo par rapport à l'appréciation de référence d'un programme de santé (Rifkin et al.1989).

En comparant cet échelle avec l'échelle de référence pour l'appréciation d'un programme de santé , le constat est que la participation communautaire à Dougouolo dépasse celle du cadre de référence. Cet échelle est un instrument que le personnel sanitaire peut utiliser à des moments différents et présenter les résultats à la réunion des membres du comité de santé. Les différents facteurs de l'échelle seront l'occasion d'une discussion entre les membres du comité de santé pour l'implication des populations dans le processus d'implantation de leur cscom.

X. DISCUSSION

" Si un système de santé en déficit chronique n'est pas viable et ne peut que produire des blocages, il faut néanmoins refuser de voir dans la viabilité financière le seul indicateur de bonne santé du système (...) l'efficacité ne se réduit ni à la seule participation sociale sans mobilisation des ressources humaines et financières, ni à la seule rentabilité qui exclut les plus démunis. " (23).

La viabilité financière est à ce stade de l'implantation du cscm de Dougouolo obtenue grâce à :

- aux taux de fréquentation réalisés par le centre de santé qui est de 0,3 n.c par habitant par an (19) dans toute l'aire de santé et de 0,45 à 0,65 n.c par habitant par an dans le rayon de 5 km immédiat du centre de santé (24).

- la bonne couverture des populations-cibles par la stratégie avancée .

- un personnel compétent fournissant des soins de qualité et apprécié à 84,1% par les villageois de l'échantillon étudié.

- à la disponibilité et l'accessibilité du M.E confirmées par 80% des villageois de l'étude. Cette accessibilité constante du M.E fait la spécificité du cscm de Dougouolo par rapport aux centres de santé confessionnels de somasso et du koni dans lesquels existent en plus des M.E , des médicaments en spécialité élevant le coût de la prescription. Cette disponibilité du M.E à bas prix (c.m.o = 271 F.cfa) à dougouolo améliore la fréquentation du cscm et attire les villageois en dehors du secteur de santé.

- des taux satisfaisants de recouvrements des coûts dépassant les 100% à Dougouolo car le comité de santé arrive à assurer toutes les charges récurrentes et même à thésauriser une somme de 447.775 f.cfa. Ce taux de recouvrement est supérieur à celui obtenu au zaïre où les zones de santé rurale financent en moyenne à 79% leurs dépenses non-salariales (16).

23. BENOIT, J : Communauté , Argent, Santé en Afrique :
financement communautaire en Afrique , C.I.E
PARIS, septembre 1991 pp 1-10.

24. CLARYSSE.G et al, : Etude de cas : Le centre de santé
communautaire de Dougouolo - 22 mois de
Fonctionnement : DRSAS- Ségou , janvier
1995, pp1-25.

* Cette viabilité financière est une condition nécessaire mais pas suffisante à la pérennité du centre de santé communautaire. La pérennité est liée à l'adhésion des villageois de l'aire de santé. Cette mobilisation des populations rurales dépend en grande partie de l'action du comité de santé. Les individus animant ce comité doivent être les vrais acteurs de l'implication des villageois. Leur efficacité pourrait se voir si les actions concrètes réalisées par le personnel du cscom étaient fidèlement rapportées et discutées avec les individus et les ménages de l'aire de santé. Dans cette optique le comité de santé devrait créer des relations avec les structures participatives comme l'association des jeunes, l'association des femmes etc de l'aire de santé. L'assise sociale du comité de santé sera élargie et les villageois seraient beaucoup impliqués dans la gestion de leurs problèmes de santé. Dans cet élan, le comité de santé peut inviter le personnel à faire des causeries sur les thèmes de santé choisis par les villageois dans des lieux et selon des horaires convenus. Ce dialogue peut aussi porter sur l'analyse avec les villageois de l'aire de santé des taux de fréquentation du niveau de recouvrement des coûts etc. Cette entrevue permettra aux villageois d'être mieux informés sur le contenu du P.M.A et sur les tarifs des services fournis par le cscom. Cet échange sera l'occasion pour le comité de santé de détecter les indigents des villages adhérents afin de leur informer sur l'existence d'une structure de leur prise en charge. L'exposition de ces résultats concrets à la communauté rurale permet d'acquiescer leur confiance et ensuite leur adhésion à la stratégie du cscom.

XI. CONCLUSION

Notre étude estime qu'après un an de fonctionnement le cscom affiche des résultants intéressants. Cette performance se voit dans l'utilisation des services offerts par le centre de santé et dans la satisfaction des bénéficiaires des soins. En plus le cscom réalise des recouvrements des coûts permettant à l'asaco d'assurer le renouvellement des charges récurrentes et du salaire de l'infirmier. A l'heure actuelle, le comité de santé doit être supervisé afin qu'il puisse impliquer les villageois de l'aire de santé d'où l'obligation pour:

1- L'équipe socio-sanitaire du cercle de Bla de

- . former les membres du comité de santé aux techniques d'animation c'est-à-dire l'information, la sensibilisation, l'implication et la motivation des villageois de l'aire de santé: il serait intéressant d'étudier le modèle de gestion des problèmes de santé par les néo-analphabètes du Bélé Dougou(25).
- . Livrer une formation type d'agent de santé communautaire afin qu'il soit l'instrument de l'adhésion des populations.

2- Le comité de santé d'impliquer les villageois à la gestion de leur centre de santé en :

- . informant les individus , les menages sur le contenu du P.M.A et l'importance de son utilisation par les populations de l'aire de santé.
- . informant les poulations de l'aire de santé sur les recettes réalisées par le centre de santé et leur destination.
- . instaurant un dialogue entre le personnel du centre et les villageois par la réalisation des causeries portant et sur les aspects médicaux et non-médicaux de la santé.
- . analysant avec les villageois des resultats quantitatifs obtenus par le centre de santé.
- . analysant avec les populations des differents facteurs de la participation communautaire par l'utilisation du modèle de Rifkin.
- . informant les villageois sur l'existence d'un mécanisme de prise en charge des indigents.

Ces suggestions doivent être discutées avec l'équipe socio - sanitaire de cercle et le comité de santé de l'association Sabunuman.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **BALIQUÉ, H** : Analyses et orientations ,la politique de santé au Mali, BAMAKO, 1992 , pp 4-5.
2. **Anonyme** : Déclaration de politique sectorielle : second projet santé , population , hydraulique rurale ; WASHINGTON, Déc 1990, pp 64-90
3. **Anonyme** : Arrêté inter - ministériel du 25 Avril 1994: MSSPA - MAT - MFC , BAMAKO , 1994, pp1-11.
4. **MAGASSA.N et al**: Mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé dans le cercle de Bla , Bla , 1992, pp 24-30.
5. **Kaba,k**: Le recouvrement des coûts dans le système guinéen : l'exemple du centre de santé de MAFERINYAH,C.I.E,PARIS,1991, p 1-4.
6. **Diakité,s.l** : Gestion des M.E dans le cercle de Niono,CIE, PARIS, 1991 , p1-24.
7. **DIALLO.I et al.**: Contribution des usagers au financement des soins de santé de base dans les 102 postes de santé des trois districts-tests , 1995 , pp 1-11.
8. **Gilson,L** : (texte provisoire 1991), Morogoro Health systems research study, community Perceptions : Preliminary Analysis.
9. **MILLER,L** : Equity in the context of community financing of primary Health: who pays and who benefits; thèse de doctorat, John Hopkins,1991.
10. **FOURNIER.P et HADDAD.S** : Recouvrements des coûts et utilisation des services de santé : la zone de santé rurale de NIOKI , ZAÏRE : C.I.E , 1991 pp 1-12.
11. **EL ABASSI abdelwahed et al**: Le financement des centres de santé périphériques : utilisation d'un modèle basé sur des expériences en République du Mali, Bamako , 1995, pp 1-21.
12. **DIARRA,K** : L'impact des tarifs sur la fréquentation des formations sanitaires des cercles de Koro et de Bankass (1987- 1991), 1995 , Bamako ,pp1-16.
13. **UNGER J.P**: Rôle des districts sanitaires et méthodologie de leur développement en afrique : Thèse présentée à l'Université Libre de Bruxelles pour avoir le grade d'agregé de l'enseignement supérieur ; Bruxelles ;1991, pp 94-95.

14. **MAKINEN,M et BLOCK,S** : Pricing for cost recovery in primary Health in Guinea, cccd, Guinée , Août 1991.
15. **REVEILLON,M** : Aspects économiques et financiers de la participation des populations au développement des services de base à Pikine (sénégal), Medicus Mundi, Belgium, 1987.
16. **BARBARA.M, KARA.H et Anne Mills** : Application de l'initiative: Bilan provisoire accompagné de cinq rapports de pays ; Health Economics and Financing Programme , Department of Public Health and Policy , London school of Hygiene and Tropical Medicine , 1989 , pp 83-96.
17. **MAGASSA.N et al.:** Mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé dans le cercle de Bla, Bla, 1992 ,pp 24-30.
18. **ANONYME** : Projet de recherche multidisciplinaire sur l'usage Rationnel des médicaments : rapport de l'enquête pré-test , BAMAKO , 1993 ; pp 7-8.
19. **Anonyme** : Evaluation d'opérationnalité du Cscm de Dougouolo après 6 mois de fonctionnement Ségou , Octobre 1993 , pp 1-22.
20. **EL ABASSI Abdelwahed** : Effet de la dévaluation sur le compte d'exploitation d'un cscm rural prenant en compte les amortissements, Bamako, 1994 , pp1-1.
21. **BICHMANN , W ; RIFKIN , S.B ; SHRESTA , M** : Peut - on mesurer le degré de participation communautaire ? Forum mondial de la santé vol. 10 : 1989 ; pp 513 - 519.
22. **BASSOLET.B.N** : Guide pédagogique pour la mise en oeuvre des soins primaires au niveau villageois Cesao , Bobo Dioulasso , 1986 , pp 24 -25.
23. **BENOIT,J:** Communauté, Argent et Santé en Afrique: financement communautaire en Afrique , C.I.E , PARIS , septembre 1991, pp1-10.
24. **CLARYSSE,G et al.:** Le centre de santé communautaire de Dougouolo - 22 mois de fonctionnement, Ségou , 1995 , pp1-25.
25. **DIARRA.M:** " Utilisation des néoalphabètes pour faire diffuser des messages de santé ", BAMAKO , 1994 pp 1-7.
26. **Anonyme** : Plan quinquenal de développement sanitaire du cercle de Bla : DRSAS- Ségou ; 1993 pp 19-21.
27. **Anonyme** : Le Financement des centres de santé communautaires utilisation d'un modèle de simulation basé sur les expériences en République du Mali : MSSPA - UNICEF - MAI 1994 , pp 1-7.

28. **Anonyme** : Rapport d'évaluation a mis-parcours du centre de santé communautaire " SABUNUMAN " de Dougouolo Ségou , 1993, pp 1-12.
29. **Anonyme** : Programme santé MALI - UNICEF 93-97 " une contribution essentielle pour les objectifs du sommet " , BAMAKO , MAI 1994 , pp 1-16.
30. **Anonyme** : Le financement des centres de santé communautaires : utilisation d'un modèle de simulation basé sur des expériences en République du Mali, Description du modèle, MSSPA - UNICEF, BAMAKO , 1994 , pp1-7.
31. **Anonyme** : Rapport de la mission nationale de supervision des Cscoms test de GUETEMA , de FANGA et de Dougouolo et du CSA Revitalisé de Touna , MSSPA , BAMAKO , 1994 ,pp 1-18 et pp1-23.
32. **AKIN.J,1992 ; Gring et evlock 1991**: Les coûts des soins de santé et leur recouvrement en Guinée. Présentation d'une méthodologie pour le calcul et le partage des coûts: O.M.S, IBCI, GENEVE, MAI 1991 .
33. **AKIN JOHN , CRIFFIN C C . GNILLEY DK. POPKIN B M**
The demand for PHC services in the third world:
Allanheld publishers U.S.A , 1985 , pp 104-164.
34. **AKIN J.S et al**: The demand for adult and outpatient services in the Bicol region of the Philippines. Social Science and Medecine. 22 (3) : 1986 , pp 321-328.
35. **AVOCKSOUMA,D**: Utilisation de l'aide internationale dans le domaine de la santé au Tchad , BAMAKO, 1995 , pp 1-21.
36. **BART. C**: Financement des soins de santé primaires ; cas d'un schéma de prépayement au niveau du premier échelon : L'expérience du centre de santé de Kongolo dans la zone de santé de Kasongo au Zaïre Anvers, 1991 , pp 1-7.
37. **BARLOW.R**: Comments on " WORLD Development Report 1993: Investing in Health " , BAMAKO , 1995 , pp1-11.
38. **DIALLO.I, BORGHESE G., et al**: Présentation , analyse et interprétation des résultats du deuxième monitoring dans les districts-tests de Matan, Bignona et Podor: DSSP/ DHSP/ MSAS Rapport n 2 , Dakar , 1993.
39. **GUITTEYE.A.M** : Evaluation des centres de santé communautaires du district de BAMAKO , BAMAKO , 1994 , pp 2-60.
40. **DIAKITÉ Djigui et al.**: Les centres de santé communautaires le sont-ils réellement ? le cas de Niamakoro, 1995 , pp1-21.

41. **DIARRA Malick** : La participation des populations aux dépenses de santé dans le district de Tambacounda , 1995, pp1-11.
42. **Ferranti.D.** : Paying for health services in developping countries: an overview , World Bank , SWP , n 721 , 1985.
43. **IKNANE AG AKORY et al.** : Place de la santé communautaire dans l'offre des soins de qualité avec la participation active et volontaire de la population: le cas de l'ASACOBA BAMAKO , 1995 , pp 13-17.
44. **JANCLOES.M., B, Seck L. van de Velden et B. Ndiaye** : Financing urban primary health services : Tropical Doctor , avril ; 1985, pp98-104.
45. **KNIPPENBERG et al.** : L'initiative de Bamako: des expériences de soins de santé primaires: L'Enfant en milieu tropical, paris, 1990 , pp 184-185.
46. **KONATE,S** : Réflexions sur la santé au Mali : Bamako, 1991,pp1-146.
47. **KONATÉ,L** : Centre de santé communautaire au Mali: Bamako, 1994 , pp 20-21.
48. **MARIKO.O** : La Santé communautaire au Mali: le cas de L'ASACOBA , thèse de médecine , BAMAKO , 1993, pp 1-159
49. **SIMPARA.M , MAIGA.M et al.** : Rapport des évaluateurs externes du PSPHR, 1994,pp.
50. **SAMAKÉ.S et al.** : La carte sanitaire ou outil de négociation pour le développement sanitaire (l'expérience du cercle de koulikoro) , BAMAKO , 1994 ,pp1-17.
51. **THERA M.A et al.** : Evaluation des centres de santé communautaires mis en place au mali depuis 1989: Le cas des cscoms du disrtict de Bamako, 1995, pp1-32.
52. **TINTA.S** : Le centre de santé communautaire est-il une innovation ? Le cas de KAMBA, BAMAKO , 1995 , pp 1-13.
53. **TOURÉ BOKAR et al.** : Un autofinancement intégral des centres de santé communautaires est -il possible ? Etude de cas de l'ASACONIA , Bamako , 1995 , pp1-17.
54. **TRAORÉ Sidy et al.** : Les médecins en milieu rural au Mali, bilan et persepectives,Bamako, 1995, pp1-15.
55. **PAIRAULT,C** : Enquête socio-économique et dépenses de santé dans le quartier de BANKONI, INRSP, 1991, pp1-151.

56. **PICHARD.E et DIARRA.M:** Implications sociologiques et médicales de l'utilisation de l'eau comme vecteur de micronutriments Bamako, 1994.
57. **YANNICK LE JEAN :** De la création à la fermeture du centre de santé de Sabalibougou , un conflit révélateur de l'expérience associative, BAMAKO , 1995, pp 1-12.

NOM: TRAORÉ

PRENOMS: Bréhima

Titre de la thèse: Evaluation d'Etape du centre de santé communautaire de Dougouolo.

ANNÉE: 1995

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPÖT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Secteur d'intérêt: La Santé publique.

RESUME: Cette thèse fait état de l'évaluation du centre de santé communautaire rural de Dougouolo pendant sa première année de fonctionnement. De cette étude, il ressort:

- le processus d'implantation du premier centre de santé communautaire rural et certains incidents critiques pour parvenir à une acceptation par la population.

- l'organisation des activités et ressources du centre de santé communautaire rural de Dougouolo.

Elle analyse la perception de la population de l'aire de santé de Dougouolo des activités proposées dans le cadre d'un P.M.A. de son centre de santé communautaire.

Cette étude accepte l'hypothèse que la pérennité du centre de santé communautaire rural de Dougouolo est liée au degré d'implication et de participation des populations villageoises de l'aire de santé à la gestion de leur centre de santé communautaire.

MOTS - CLES: Santé communautaire ; centre de santé communautaire rural; recouvrements des coûts; tarification ; participation communautaire; médicaments essentiels; qualité des soins ; viabilité et pérennité; mobilisation sociale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Annexe 1

recours aux soins selon les individus de l'aire de santé

au centre	fréquence	pourcentage
pas de réponse	1	0,5 %
médecine traditionnelle	32	14,6 %
auto-médication	40	18,3 %
pharmacie privée	30	13,7 %
cscm	116	53 %
total	219	100 %

répartiton des individus selon les villages de l'aire de santé

village	fréquence	pourcentage
dougouolo	63	28,8 %
kaniégué	10	4,6 %
pétesso	18	8,2 %
namaziéla	15	6,8 %
péguéna 1	27	12,3 %
péguéna 2	25	11,4 %
dossorisso P	17	7,8 %
dossorisso b	20	9,1 %
samabogo	24	11 %
total	219	100 %

répartiton des individus de l'aire de santé selon le sexe

sexe	fréquence	pourcentage
Homme	126	57,5 %
Femme	93	42,5 %
total	219	100 %

répartition des individus de l'aire de santé selon le village et selon le sexe

village	homme	femme	total
dougouolo	30	33	63
kaniégué	9	1	10
pétesso	15	3	18
namaziéla	10	5	15
péguenal	16	11	27
péguéna 2	13	12	25
dossorisso P	14	3	17
dossorisso b	10	10	20
samabogo	9	15	24
total	126	93	219

* à qui appartient le centre de santé ?

appartenance du cscom	fréquence	pourcentage
pas d'opinion	5	2,3 %
gouvernement	20	9,2 %
unicef	6	2,8 %
notables du village	3	1,4 %
villageois	106	48,6 %
comité de santé	24	11 %
ne sait pas	42	19,3 %
autre	12	5,5 %
total	218	100 %

* Qui a aménagé le centre de santé ?

aménagement	fréquence	pourcentage
pas d'opinion	6	2,8 %
gouvernement	23	10,7 %
unicef	14	6,5 %
notables	2	0,9 %
villageois	77	36 %
comité de santé	22	10,3 %
ne sait pas	61	28,5 %
autre	9	4,2 %
total	214	100 %

existence du comité de santé selon les individus de l'aire.

comité de santé	fréquence	pourcentage
sans opinion	19	9,5 %
oui	135	67,8 %
non	45	22,6 %
total	199	100 %

existence du comité de santé selon les villages de l'aire de santé

c.s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	tot
0	13	2	1	0	2	0	0	1	0	19
oui	39	6	9	15	21	22	12	6	5	135
non	10	2	8	0	4	3	5	3	10	45
tot	62	10	18	15	27	25	17	10	15	199

- 1= Dougouolo
- 2= kaniégué
- 3= Pétesso
- 4= namaziéla
- 5= Péguéna 1
- 6= Péguéna 2
- 7= Dossorisso P
- 8= Dossorisso B
- 9= samabogo

existence du comité de santé selon le sexe

comité de santé	homme	femme	total
sans opinion	6	13	19
oui	92	43	135
non	24	21	45
total	122	77	199

représentants des villages au comité de santé de santé

oui comité	fréquence	pourcentage	
sans opinion	36	18,6 %	
oui	114	58,8 %	
non	44	22,7 %	

connaissances des tarifs des services du p.m.a selon les individus de l'aire de santé.

p.m.a	consul.cur	cpn	accouch.	plan.fam
con. tarif	75 %	12,7 %	18,3 %	5,5 %

fréquentation du centre de santé communautaire

nombre de fois	fréquence	pourcentage
pas d'opinion	71	39,7 %
une fois	19	10,6 %
deux fois	22	12,3 %
trois fois et plus	51	28,5 %
pas de souvenir	7	3,9 %
jamais	9	5 %
total	179	100 %

opinions des villageois sur les activités de l'infirmier dans les villages au cours de la stratégie avancée.

infirmier	fréquence	pourcentage
sans opinion	60	28,2 %
oui	117	54,9 %
non	36	16,9 %
total	213	100 %

opinions des villageois sur l'acceptation de l'infirmier du centre de santé de dougouolo.

satisfaction	fréquence	pourcentage
sans opinion	18	13,7 %
oui	111	84,1 %
non	3	2,3 %
total	132	100 %

à qui appartient l'argent payé par les malades ?

argent	fréquence	pourcentage
gouvernement	18	9,4 %
personnel socio-sanitaire	14	7,3 %
aux villageois	55	28,8 %
comité de santé	46	24,1 %
ne sait pas	42	22 %
autre	4	2,1 %
total	191	100%

Que fait-on avec cet argent ?

faire argent	fréquence	pourcentage
payer le personnel socio sanitaire	13	7%
acheter les médicaments	13	7%
aménager le centre	82	43,9 %
ne sait pas	23	12,3 %
autre	56	29,9 %
total	187	100 %

Qui paye l'infirmier ?

sal.infirmier	fréquence	pourcentage
comité de santé	81	38,9 %
gouvernement	28	13,5 %
unicef	1	0,5 %
ne sait pas	84	40,4 %
autre	14	6,8 %
total	208	100 %

retour au cscom après accouchement

retour au cscom	fréquence	pourcentage
oui	20	64,5 %
non	11	35,5 %
total	31	100%

connaissances de la consultation prénatale

prénatale	fréquence	pourcentage
oui	29	53,7 %
non	25	46,3 %
total	54	100 %

fréquence des femmes interrogées à la consultation prénatale

nombre de fois	fréquence	pourcentage
une fois	3	12 %
deux fois	19	76 %
autre	3	12 %
total	25	100%

tarif de la consultation prénatale

payement	fréquence	pourcentage
pas d'opinion	1	5,6 %
dernière fois	13	77,8 %
avant dernière fois	4	
total	18	100 %

satisfaction de la population des activités du centre
de santé communautaire.

satisfaction	fréquence	pourcentage
oui	103	57,2 %
non	77	42,8 %
total	180	100 %

améliorations souhaitées par la population de l'aire
de santé

amélioration	fréquence	pourcentage
oui	132	81 %
non	31	19 %
total	163	100 %

opinions des femmes sur leur recours à l'accouchement

lieu accouchement	fréquence	pourcentage
à la maison	25	46,3 %
au cscom	23	42,6 %
dans une autre structure	6	11,1 %
total	54	100 %

Tarif de l'accouchement

combien pay	fréquence	pourcentage
tarif normal	34	63 %
supérieur au tarif normal	20	37 %
total	54	100 %

* Annexe 1: Tableau des résultats qualitatifs et quantitatifs.

	N. Cas	A. Cas	Cas référés	Taux d'utilisation
Mars	297	171	6	38 %
Avril	206	142	7	28 %
Mai	191	162	5	23 %
Juin	163	128	3	21 %
Juillet	180	145	4	22 %
Août	320	170	2	39 %
Septembre	221	156	2	27 %
octobre	231	107	1	28 %
Novembre	213	117	3	26 %
Décembre	191	88	3	23 %
Janvier	156	61	1	19 %
Février	186	76	3	22 %

Tableau 1: Evolution mensuelle de la consultation curative à Dougouolo

Mois	N. CAS	A. CAS	Taux d'utilisation
Mars	26	40	64 %
Avril	28	46	69 %
Mai	26	34	64 %
Juin	27	35	81 %
Juillet	15	15	37 %
Août	17	25	44 %
Septembre	12	14	29 %
Octobre	17	21	48 %
Novembre	9	15	22 %
Décembre	22	33	54 %
Janvier	19	22	46 %
Février	12	28	29 %

Tableau 2: Évolution mensuelle de la consultation prénatale

MOIS	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	Rougeole
Mars	37	36	25	13	14
Avril	51	35	52	15	25
Mai	32	28	42	31	9
Juin	31	38	37	39	16
Juillet	28	22	29	34	10
Août	17	23	23	16	16
Septembre	25	21	27	27	21
Octobre	15	19	18	26	12
Novembre	27	21	15	14	22
Décembre	33	25	25	26	23
Janvier	20	32	24	21	21
Février	23	18	17	30	16

Tableau 3: Evolution mensuelle de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois à Dougouolo.

Mois	BCG	DTC1	DTC2	DTC3	Rougeole
Mars	114 %	110 %	77 %	40 %	18 %
Avril	157 %	107 %	159 %	49 %	77 %
Mai	98 %	86 %	128 %	95 %	28 %
Juin	95 %	117 %	114 %	120 %	49 %
Juillet	86 %	67 %	89 %	104 %	30 %
Août	52 %	70 %	70 %	70 %	49 %
Septembre	77 %	64 %	83 %	83 %	64 %
Octobre	46 %	89 %	55 %	80 %	37 %
Novembre	83 %	64 %	46 %	43 %	68 %
Décembre	101 %	77 %	77 %	80 %	70 %
Janvier	61 %	98 %	74 %	64 %	52 %
Février	71 %	55 %	52 %	92 %	49 %

Tableau 4 : Evolution du taux mensuel de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois à Dougouolo.

Mois	N. Cas	A. Cas	Pourcentage de femmes planifiées
Mars	10	23	0,68 %
Avril	12	22	0,81 %
Mai	7	47	0,47 %
Juin	26	63	1,77 %
Juillet	7	25	0,48 %
Août	8	39	0,54 %
Septembre	2	32	0,14 %
Octobre	2	22	0,14 %
Novembre	3	34	0,20 %
Décembre	5	22	0,34 %
Janvier	6	34	0,40 %
Février	3	20	0,20 %

Tableau 5 : Evolution de la planification familiale dans le secteur de santé de Dougouolo

Mois	accouchements/mois	Cas référés/mois
Mars	23	2
Avril	24	2
Mai	24	0
Juin	21	0
Juillet	18	0
Août	14	0
Septembre	23	0
Octobre	15	0
Novembre	25	1
Décembre	19	2
Janvier	16	2
Février	19	0

Tableau 6 : Evolution mensuelle des accouchements assistés dans le Cscm de Dougouolo

*ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI*

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

THESE DE MEDECINE

PROTOCOLE

Evaluation d'étape du centre de santé communautaire "SABUNUMAN" de

Dougouolo

BREHIMA TRAORE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. PRESENTATION.....	2
3. PROGRAMME PILOTE DU CScem "SABUNUMAN".....	3
4. EQUITE DU CScem "SABUNUMAN".....	7
5. ANALYSE DE LA VIABILITE DU CScem.....	8
6. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	10
7. METHODOLOGIE.....	10
8. CHRONOGRAMME ET BUDGET.....	13
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	14

1. INTRODUCTION

Depuis 1980, la dépense publique de santé par habitant a diminué de façon constante dans les pays d'Afrique sub-saharienne tant en proportion du Produit National Brut qu'en montant nominal. Les services de santé périphériques ont été les premiers touchés par les restrictions budgétaires par le manque de médicaments, de crédits de fonctionnement, la baisse de la quantité et de la motivation du personnel de santé (1). Ce recul a particulièrement affecté la progression des objectifs de la santé pour tous en l'an 2000 proclamés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Face à ce constat, un ensemble de décisions furent prises pour assurer une large couverture des SSP reposant sur une décentralisation au niveau communautaire de la prise de décision, de la gestion et du financement des services locaux.

En 1990, dans sa lettre de déclaration de politique sectorielle en matière de santé, le Mali s'est fixé comme objectifs, d'étendre la couverture sanitaire et d'augmenter la fréquence des services de santé primaires, afin de répondre à la demande des communautés, particulièrement les femmes et les enfants en matière de santé. La politique a mis l'accent sur la création des centres de santé communautaires.

" Les centres de santé communautaires sont définis comme étant des formations socio-sanitaires à but non lucratif créées sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé " (2). Ils fonctionnent selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population. Ils doivent être la réponse aux problèmes de santé des zones périphériques.

Pour atteindre ce but, le centre de santé communautaire (CScem) doit fournir un paquet minimum d'activités (P.M.A) qui doit être le reflet des besoins de la population en matière de soins. Le domaine couvert est la jonction commune de la demande, exprimée par les populations et les besoins établis par les professionnels de la santé. Pour être efficace, le CScem doit être la porte d'entrée avec le système de santé. Par conséquent, il serait souhaitable que le CScem soit accessible et acceptable. Il s'agit d'organiser de petites unités bien réparties, peu coûteuses et exigeant un faible investissement tout en fournissant des soins globaux, continus et intégrés. Ces soins doivent être rationalisés, ce qui permet au CScem d'acquiescer la confiance des utilisateurs.

Ce présent travail se penche sur le centre de santé communautaire de DOUGOUOLO, premier CScom créé dans le cadre du PSPHR. Dans cette étude, nous analyserons la viabilité du CScom "SABUNUMAN".

2. PRESENTATION DE DOUGOUOLO

Dougouolo est une localité de 3200 hbts (recensement de 1987) sise à 25 Km de BLA (cercele où réside le centre de santé de référence) disposant depuis Février 1993 d'un CScom et d'un dépôt privé de médicaments.

En 1985, Dougouolo a construit sa propre maternité rurale mais faute de moyens, les activités de cette formation n'ont démarré qu'en 1987, cela grâce à des offres de médicaments de l'Association Canadienne pour le Développement International et à des soutiens financiers du Comité Local de Développement du cercle de BLA. En 1991, la carte de développement sanitaire du cercle avait prévu la création d'un CScom à Dougouolo. En 1992, les autorités sanitaires du cercle de BLA ont sillonné les 9 villages de l'aire de Dougouolo en vue de la mise d'une association de santé communautaire dont la première tâche serait la création d'un CScom.

Ainsi Dougouolo a été retenu par les 9 villages pour abriter le siège de l'association et du CScom et ceci pour plusieurs raisons :

- Dougouolo est entouré par plusieurs villages,
- il abrite déjà une école du premier cycle et du second cycle, un centre d'alphabétisation fonctionnelle, 4 écoles coraniques, un C.F.A.R et un marché hebdomadaire,
- il existe à Dougouolo un dépôt de médicament,
- la vie associative est bien organisée (Association de femmes et club des femmes ramasseuses de coton, association des chasseurs, association des jeunes et une coopérative agricole),
- Dougouolo entretient théoriquement de très bonnes relations avec les autres villages.

3. PROGRAMME PILOTE DU CENTRE DE SANTE "SABUNUMAN"

En Février 1993, dans le cadre du PSPHR a été créé l'association santé communautaire "SABUNUMAN" de Dougouolo dont les buts étaient de "faciliter l'accès des populations du secteur de santé aux soins essentiels qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotionnel; de susciter la participation active et responsable de toute la population du secteur de santé de Dougouolo pour protéger et améliorer son état de santé". Pour diriger l'association "SABUNUMAN", un comité de santé de 18 membres a été mis en place. Les membres de ce comité ont été choisis par les différents villages. Le centre de santé est ouvert à tous les habitants du secteur de santé acceptant les statuts et le règlement intérieur de l'association "SABUNUMAN".

ORGANISATION DU CSeom "SABUNUMAN"

Le personnel du centre est composé d'un infirmier du premier cycle disposant d'une mobylette pour les consultations post-natales et les activités de récupération dans les villages : il est le premier responsable du centre de santé est mensuellement payé par l'association santé communautaire. Il est assisté d'une matrone-pharmacienne ressortissante du village dont la prise en charge est effectuée par le C.L.D (comité local de développement) et de 3 A.T.R (prise en charge par l'association santé communautaire). Pour faire face aux nouvelles tâches, le personnel sanitaire a bénéficié d'une gamme étendue de formation en gestion des soins de santé primaires, à l'élaboration d'ordinogrammes (stratégie de diagnostic et de traitement ou de référence). Outre la formation du personnel, l'ouverture du CSeom a nécessité son équipement en matériel mais aussi la mise en place d'un premier stock de médicaments qui ont été entièrement assurés par l'U.N.I.C.E.F.

* Financement des activités de démarrage du CSeom

Les résultats du Tableau 1, donnent les apports de l'U.N.I.C.E.F à la création du centre. Un montant de 3.640.115f.cfa a été mis à la disposition des activités communautaires. La participation de la population a surtout concerné les infrastructures et la prise en charge du personnel.

Tableau 1 : Contribution de L'U.N.I.C.E.F à la création du CScem.

Apport	Montant	Responsable
Approche communautaire	65000	U.N.I.C.E.F
Dotation équipement initiale	850000	U.N.I.C.E.F
Dotation M.E CScem	800000	U.N.I.C.E.F
Dotation M.E circuit d'approvisionnement	800000	U.N.I.C.E.F
Formations	193890	U.N.I.C.E.F
Fiches, Papier (démarrage)	20000	U.N.I.C.E.F
Réfrigérateur	600000	U.N.I.C.E.F
Mobylette	275000	U.N.I.C.E.F
Supervisions de démarrage	18900	U.N.I.C.E.F
Supervision des M.E	17325	U.N.I.C.E.F

Revue des activités significatives du centre

Le CSeom fournit un P.M.A constitué de soins curatifs et suivi des malades chroniques, la consultation prénatale, la surveillance des accouchements, la consultation post-natale (vaccination et suivi nutritionnel des enfants) et la planification familiale. Le centre est ouvert tous les jours sauf le samedi et le dimanche. L'offre des soins est basé sur la polyvalence du personnel et est constitué de services de base considérés comme essentiels. Leur taux d'utilisation dans le contexte local peut être considéré comme relativement acceptable.

Consultation curative

Selon l'étude (4), le taux d'utilisation du centre de santé en consultation curative est de 28% dont 60% de nouveaux consultants. Mais on note une diminution de la fréquentation du CSeom pour les villages éloignés (8 % pour les villages situés à 8 km et plus du CSeom).

Existe-t-il une possibilité d'amélioration de ce taux de façon générale et pour les villages éloignés en particulier?

Quelle perception se fait la population de l'aire de santé du CSeom "SABUNUMAN"?

Malgré ses avantages sur les autres villages, le choix de Dougouolo serait la source de la sous-utilisation du CSeom (3) par l'existence de conflits sociaux entre les familles de Dougouolo et les conflits historiques entre Dougouolo et certains villages du secteur de santé.

Gestion des médicaments essentiels

Un système d'approvisionnement et de distribution des M.E est en place depuis l'ouverture du CSeom. IL s'autofinance par la vente des M.E auprès des utilisateurs par la matrone-pharmacienne. La gestion des M.E est décentralisée. Il y a un dépôt répartiteur au niveau du cercle utilisant un multiplicateur de 2 permettant de couvrir de gestion au niveau du cercle et du premier échelon. Le réapprovisionnement se fait mensuellement à partir du stock de BLA ; en cas de rupture de stock le CSeom fait une commande d'urgence. La prescription des M.E se fait par l'infirmier à partir des protocoles thérapeutiques standardisés. La vente des M.E est intégrée dans le complexe du CSeom avec un multiplicateur de 2,8. Les caractéristiques des prescriptions montrent une prescription abondante d'antibiotiques. Le coût moyen de l'ordonnance est de 429 F CFA.

N'est-il pas possible de rationaliser la prescription d'antibiotiques pour améliorer la qualité des soins?

Consultation prénatale:

Elle est surtout assurée par la matrone. Son taux de couverture est de 53 % mais subit une décroissance pour les villages éloignés.

LES ACCOUCHEMENTS :

Elles sont l'oeuvre des A.T.R : le taux de couverture est de 51 % diminuant pour les villages situés à plus de 5km.

LA CONSULTATION POST-NATALE:

Elle se compose de la vaccination contre les maladies du P.E.V, du suivi nutritionnel et des conseils relatifs au couple mère-enfant (allaitement maternel, sevrage).

LA PLANIFICATION FAMILIALE:

Faute de données fiables, cette activité ne sera pas décrite : on sait qu'avant l'implantation la planification était pratiquée à Dougouolo.

QUALITÉ DE L'OFFRE DES SOINS:

La qualité des soins se reflète dans l'utilisation du C'Scom. Les taux d'utilisation des services et de couverture des populations-cibles sont appréciables compte tenu du début de l'expérience. Les activités préventives sont intégrées et régies par un système de fiches opérationnelles permettant à l'infirmier de suivre les consultations et faire éventuellement des mesures de correction.

Recettes et les charges:

En accord avec le comité de santé, les tarifs suivants ont été fixés :

- consultation curative : 200 F CFA
- consultation prénatale : 200 F CFA
- planification familiale : 200 F CFA
- accouchement : 1000 F CFA dont 250 F CFA

pour forfait A.T.R, 400 F CFA pour acte de naissance, 350 F CFA pour le comité de santé.

Les recettes d'activités sont gardées au niveau d'une caisse de fonctionnement et sont gérées de façon autonome par le comité de santé sous la supervision de l'équipe de cerele.

Pour les recettes des M.E, 10 % sont versées au niveau de la caisse de fonctionnement, le reste des recettes (90 %) est versé au niveau de la banque libérable par la double signature du médecin -chef et du président du comité de santé. Les dépenses se répartissent comme suit :

Les frais de fonctionnement : le carburant pour le Réfrigérateur, les consommables, les frais de bureaux ; L'U.N.I.C.E.F a fournit pendant 6 mois les outils de gestion d'un montant de 3500 F CFA par mois.

Les actes de naissance : le comité de santé se charge des différentes formalités soit 400 F CFA par acte.

Les salaires du personnel :

- l'infirmier : 30000 F CFA/mois.
- la matrone : 21775 F CFA mois.
- le forfait des A.T.R : 250 F CFA/acc/A.T.R.

Selon les études réalisées en 1993 (4), le compte d'exploitation annuelle dégage en recettes : 1.214.584 F CFA et en dépenses : 549.139 F CFA.

La tarification en vigueur permet-elle une continuité des soins?

4. EQUITE DU CScom

La prise en charge des indigents relève du comité de santé. IL n'y a pas de discrimination dans l'accès aux soins. Les habitants (hommes et femmes) reçoivent le même traitement en rapport avec l'affection. Il n'y a pas de gratuité dans les consultations.

Après un an d'activités, "SABUNUMAN" n'a pas encore d'adhérents, le comité de santé est marqué par des conflits entre les représentants de certains villages entraînant un absentéisme et une irrégularité dans ses réunions.

Cette évolution du comité de sante permet-elle une participation accrue des populations à la gestion de leur centre de santé?

Quelle avait été le degré de sensibilisation de la population de l'aire de santé avant le lancement du CScom "SABUNUMAN"?

6. ANALYSE DE LA VIABILITE DU CScom :

Rayonnement du centre :

- aire géographique réelle de la population couverte :
- population théorique
- population réellement touchée par les prestations
- évaluation de l'écart en terme de population restante à couvrir
- problèmes posés par une approche décentralisée du CScom dans les perspectives.

Activités :

- taux de fréquentation globale des activités
- fréquentation par village et selon le groupe cible femmes-enfants dans le village
- organisation des activités grâce à des supports préétablis (ordinogrammes) et à des supports établis périodiquement
- organigramme fonctionnel permettant une prise en compte de la nécessité de rayonner au niveau de toute l'aire géographique du CScom

Qualité des soins :

- rationalisation des soins: combien de médicaments par ordonnance, durée du traitement
- coût moyen de l'ordonnance à Dougouolo
- respect des ordinogrammes
- pourcentage de couverture des ordonnances
- pourcentage des gens de l'aire géographique fréquentant la pharmacie
- pourcentage des gens non- adhérents ou n'appartenant pas au secteur de Dougouolo achetant les médicaments
- profil des activités curatives et préventives non standardisées parmi l'ensemble des activités

Gestion des médicaments :

- gestion des stocks des M.E (fiche de stocks, entrées, sorties)
- inventaire (qui fait l'inventaire ?)
- achat des médicaments par les malades
- notion de gratuité pour les indigènes
- médicaments d'urgence
- problème des ordonnances: ordonnances à souche?
- système de collecte de l'information sur les ordonnances (antibiotiques)

Gestion comptable et financière :

- existence d'une comptabilité (documents comptables)
- la séparation des pouvoirs :
 - qui perçoit l'argent?
 - qui ordonne les dépenses?
 - qui assure la comptabilité des deniers?
- la notion de compte d'exploitation annuelle

Equité dans la distribution des soins:

- problème des indigents (gratuité)
- accès aux soins selon le statut des gens au sein de la population.

Perspectives de la décentralisation du système communautaire des soins dans les villages :

- correction de la fréquentation par des activités décentralisées dans les villages ne fréquentant pas ou peu le CSeom
- correction de l'accessibilité aux médicaments essentiels par un réseau de petits dépôts par village
- correction des activités préventives par une meilleure programmation des villages de la périphérie de Dougouolo

6. OBJECTIFS

Objectifs généraux :

- évaluer les facteurs de viabilité du CScem de Dougouolo
- proposer des suggestions en vue de pérenniser les activités du centre de santé

Objectifs spécifiques :

- a) déterminer l'aire géographique de rayonnement du centre de santé au sein du secteur de santé de Dougouolo
- b) calculer les taux de fréquentation des activités selon les villages constituant le secteur de santé
- c) calculer les taux de fréquentation selon les différents types d'activités
- d) évaluer la qualité des soins dispensés par le centre de santé
- e) évaluer la gestion des médicaments essentiels dont disposent le centre de santé
- f) évaluer le modèle de gestion comptable dont est doté le centre de santé
- h) analyser la participation de la population au fonctionnement du centre

7. METHODOLOGIE

- Population de l'étude :

Elle est du secteur de santé de Dougouolo. Cette aire géographique couvre une population de 9000 habitants répartie entre 9 villages dont celui de Dougouolo

- Echantillonnage

* les unités statistiques :

Ce sont d'une part :

- les individus ou bénéficiaires des prestations du centre de santé de Dougouolo et d'autre part :
- l'unité de prestation de service (centre de santé de Dougouolo)

* Les critères d'inclusion :

Ils s'adressent surtout à l'enquête qui porte sur les individus. Sera inclus dans l'échantillon tout individu résidant dans le secteur de santé, depuis près d'un an et justifiant son appartenance à un des villages fondateurs de l'association santé communautaire. Ce critère se justifie par la durée d'existence du CScem.

Pour des raisons pratiques, l'enquête portera aussi bien sur les enfants, les femmes et les hommes. Toutefois, les adultes seront interrogés pour répondre de l'accès des soins aux enfants.

* Les critères d'exclusion:

Les non-résidents dans le secteur de santé de Dougouolo ne seront pas enquêtés. Ceci concerne les visiteurs, les personnes ou les collatéraux des familles résidentes dont la durée de séjour n'atteint pas un an.

* Modalités d'échantillonnage:

L'échantillonnage est basé essentiellement sur la fréquentation du CScem. En effet, au bout d'un temps d'activités, on s'est rendu compte de l'existence de plusieurs rayons d'attraction du CScem. L'aire géographique s'est implicitement divisée en strates:

- le lieu d'implantation du CScem où le taux de fréquentation des activités est de l'ordre de 80 %
- les villages dans un rayon de 5km avec un taux de fréquentation de 60 à 70%
- les villages situés entre 5 et 10 km avec un taux de fréquentation de 10 %
- les villages situés au delà de 10km avec un taux de fréquentation très faible ne dépassant pas 5 %

* Construction des strates :

Quatre strates seront considérés :

- strate1 : village de Dougouolo : 3200 habitants.
- strate2 : village de Kaguigna : 357 habitants.
village de Petesso : 814 habitants.
village de Namaziela : 148 habitants.
- strate3 : village de Peguena 1 : 326 habitants.
village de Peguena 2 : 440 habitants.

strate4 : village de Doussouro 1 : 571 habitants.
 village de Doussouro 2 : 814 habitants.
 village de Samabogo : 2191 habitants.

Notre échantillon sera stratifié; au sein de chaque strate, il sera procédé à un tirage aléatoire simple de familles constituant des unités collectives. La base de sondage est constituée par les familles des 9 villages du secteur de santé de Dougouolo. Cette base est disponible au niveau du C'Scom de Dougouolo. Cependant, elle mérite d'être actualisée avant de procéder au tirage des familles.

Au sein de chaque famille, tous les individus (enfants, femmes et hommes) seront enquêtés sur la fréquentation des activités du C'Scom et la consommation éventuelle des soins.

* Taille de l'échantillon:

Cette étude sur la viabilité du C'Scom de Dougouolo est pilote. Elle a pour but de porter un regard de l'extérieur sur les meilleures conditions qui permettent à l'expérience de se poursuivre.

Les moyens nécessaires à cette étude sont modestes et ne peuvent donner lieu à une recherche étendue dont la taille de l'échantillon serait évaluée statistiquement.

Cependant, compte tenu des expériences des autres études (Réf), on se propose d'interroger 200 personnes au total. Cette taille pragmatique, répartie entre les quatre strates donne une proportion de 50 personnes à enquêter par strate. Aussi, par extrapolation, on peut considérer que ces 50 personnes représentant 4 à 5 familles témoin, tirées aléatoirement dans une liste complète renfermant toutes les familles de la strate.

8. CIIRONOGRAMME ET BUDGET

a) Chronogramme :

Déroulement des activités : juin - décembre 1994

- étude du milieu : 1 juin - 15 juin 1994
- questionnaire : 16 juin - 30 juin 1994
- collecte des données : 1 juillet - 15 août 1994
- informatique - secrétariat - impression de la thèse : du 1 septembre - 30 novembre
- soutenance de la thèse : décembre 1994.

b) BUDGET:

- Etude du milieu : durée 15 jours

Transport : BKO - Dougouolo (aller et retour)
 $3000 \text{ F CFA} \times 2 = 6000 \text{ F CFA}$

Subsistance $3000 \text{ F CFA} \times 15 = 45000 \text{ F CFA}$

- Collecte des données : durée 45 jours

Transport : Bko - Dougouolo (aller et retour)
 $3000 \text{ F CFA} \times 2 = 6000 \text{ F CFA}$

Subsistance : $3000 \text{ F CFA} \times 45 = 135000 \text{ F CFA}$

- Papeterie et consommables = 300000 F CFA

- Informatique, Secrétariat et impression de la thèse: 150000 F CFA

- Total : 642.000 F CFA

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- (1). **Financement du secteur de la santé: Analyse de la situation dans 10 pays d' Afrique sub-saharienne.**
C.I.E - PARIS - FRANCE.
- (2). **Rapport final sur les CScoms.**
MSSPA - DNSP - BAMAKO - MALI.
- (3). **Projet de recherche multidisciplinaire sur l'usage rationnel des médicaments essentiels.**
INRSP - DRSP - SEGOU - MALI novembre 1993.
- (4). **Evaluation d'opérationnalité du CScom de Dougouolo.**
DRSP - SEGOU - MALI octobre 1993.

* Annexe 3: questionnaire des données qualitatives, liste du matériel du cscom, statut et règlement intérieur et les autres accessoires.

QUESTIONNAIRE

Niveau villageois

NOM:
AGE:
Sexe:
Nombre d'enfants:
Statut civil:

Quel village habitez-vous ?

Depuis quand résidez-vous dans le village ?

A/ Utilisation du centre

La dernière fois que vous étiez malade, où êtes aller vous faire soigner?

- . chez un médecin traditionnel
- . vous vous soignez vous-même
- . dans une pharmacie privée
- . au cscom
- . dans une structure sanitaire autre que le cscom
- . Autre

POUR CEUX QUI ONT RÉPONDU QU'ILS ALLAIENT AU CENTRE:

Pourquoi êtes-vous allé au centre de santé ?

- parce que c'est moins cher
- parce que c'est proche de chez vous
- parce que les soins sont bien organisés
- Autre

Depuis quand fréquentez-vous le centre?

Combien de fois êtes-vous venu en consultation?

- Une fois
- deux fois
- trois fois et plus
- jamais
- pas de souvenir

Pour quelles raisons êtes-vous venu au centre?

- maladie (laquelle?)
- Grossesse
- Accouchement
- Vaccination
- Information nutritionnelle
- Problème d'accouchement
- Planification familiale
- Autre

B/ CONNAISSANCES SUR LE CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE DOUGOUOLO:

A qui appartient le Cscm de DOUGOUOLO ?

- le gouvernement
- l'Unicef
- les notables du village
- les villageois
- le comité de santé
- ne sait pas
- Autre

Qui a construit le Cscm de DOUGOUOLO ?

- le gouvernement
- l'Unicef
- les notables du village
- les villageois
- le comité de santé
- ne sait pas
- Autre

Connaissez-vous les soins organisés au niveau du Cscm de Dougouolo?

Si oui, lesquels?

consultations prénatales
Accouchement
vaccination
planification familiale
consultations curatives
interventions chirurgicales
Médicaments
Analyse de laboratoire
ne sait pas
Autre.

Connaissez-vous les différents tarifs pratiqués

OUI NON

Si oui, quels sont ces tarifs ?

soins curatifs
accouchement
planification familiale
consultation prénatale

Quand le centre est-il ouvert?

le matin
l'après-midi
ne sait pas
autre

Quand peut-on faire vacciner les enfants?

- le matin
- l'après-midi
- ne sait pas
- autre

Est-ce que vous savez s'il ya un comité de santé ? oui non

Si oui:

Connaissez-vous le nom du représentant du comité de santé de votre village ? OUI NON

Si oui donnez son nom

Pour quels villages le centre de santé a-t-il été créé ?

Quelles sont les décisions prises par le comité de santé?

L'infirmier vient-il dans votre village ? OUI NON

Si oui

Combien de fois vient-il par mois ?

Que vient-il faire ?

- vaccination
- ne sait pas
- autre

Etes-vous satisfait de ses activités ? OUI NON

Si NON pourquoi ?

A qui appartient l'argent payé par les malades?

- au comité de santé
- au personnel socio-sanitaire
- au gouvernement
- aux villageois
- ne sait pas
- autre

Que fait-on avec cet argent ?

- on paye le personnel socio-sanitaire
- on achète les médicaments
- on aménage le centre
- ne sait pas
- autre

Qui paye l'infirmier ?

- le comité de santé
- le gouvernement
- l'Unicef
- ne sait pas
- Autre

Qui paye la matrone ?

- le comité de santé
- le gouvernement
- l'Unicef
- ne sait pas
- Autre

Existe-t-il des médicaments au niveau du centre de santé communautaire ?

oui non

Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments OUI NON

Si oui, pouvez-vous dire combien vous avez payé la dernière fois que vous êtes allé au centre de santé ?

moins de 300 F

plus de 300 F

Pensez-vous que les médicaments sont chers ? OUI NON

Voudriez-vous une boîte à pharmacie dans votre village ?

OUI NON

Etes-vous satisfait des activités du centre de santé communautaire

OUI NON

Pourquoi?

Pensez-vous qu'on doit améliorer certaines choses au centre de santé communautaire OUI NON

Si oui , lesquelles?

les soins aux malades

les horaires des activités (par ex. préventives - vaccination)

plus de personnel

l'accueil

agrandir le bâtiment

diminuer le prix du ticket

diminuer le prix des médicaments

Autre:

Est-ce que vous en avez déjà parlé à quelqu'un ? OUI NON

Si oui:

A qui en avez-vous parlé ?

Au représentant du comité de santé

Aux membres du comité de santé

Au chef de village

Autre:

A votre avis, qui est responsable pour l'amélioration de ces choses?

le comité de santé

le personnel socio-sanitaire

le gouvernement

l'Unicef

les villageois

Autre:

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

QUESTIONNAIRE

Prestations maternelles et
infantiles

(pour les mères ayant un
enfant de moins de UN AN)

Nom de la maman

Age de la maman

Nombre d'enfants

Age de l'enfant

A quand remonte votre dernière grossesse ? Mois: ANNÉE:

Connaissez-vous les consultations prénatales ? OUI NON
Si OUI, avez-vous effectué des consultations prénatales au cours
de votre dernière grossesse? OUI NON

Si OUI, combien de fois êtes-vous allée en consultation
prénatale?

- 1 fois
- 2 fois et plus
- Autre
- Ne se souvient pas

A quel moment êtes-vous parti en consultation prénatale ?

- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois

Combien avez-vous payé pour ces consultations ?

- Dernière fois
- Avant dernière fois

SI L'INTERVIEWEE A REPONDU NON A LA DEUXIEME QUESTION

Pourquoi n'avez-vous pas consulté au cours de votre
dernière grossesse?

- . Manque d'argent
- . Refus de mon époux
- . Pas d'intérêt
- . Ignorance du bien ou de l'utilité de ces
consultations
- . Autre

Où a lieu votre dernier accouchement?

- A la maison
- Au cscm
- Dans une structure autre que le cscm
- Autre

Si la personne a répondu au "cscm"

Pendant combien de jours êtes-vous au cscm après l'accouchement?

Quels sont les avantages de l'accouchement au cscm par rapport à la maison ?

Combien avez-vous payé pour votre accouchement ?

Etes-vous retournée au centre de santé après votre accouchement?

OUI NON

Si oui combien de temps après ?

Premier jour
Deuxième jour
Troisième jour
Quatrième jour et plus

Si non, pourquoi ?

Avez-vous été vaccinée? OUI NON

Si OUI, combien de fois ?

Combien avez-vous payé pour la vaccination?

Vos enfants sont-ils vaccinés? OUI NON

Si NON, pourquoi ?

Pouvez-vous dire contre quelles maladies un enfant doit être vacciné, ainsi que les dates de vaccination ?

Et une femme enceinte?

En dehors des maladies, avez-vous déjà présenté un ou plusieurs de vos enfants au cscm? OUI NON

Si oui, pour quelles raisons les avez-vous emmenés au cscm?

Que fait-on pendant les visites des enfants ?

Quelles sont les recommandations qui sont faites aux parents pour que leurs enfants soient en bonne santé?

QUESTIONNAIRE

Leaders des villages
(chefs de villages, conseillers,
Représentants des structures
participatives).

Nom de la personne:

Age:

Profession:

1. Pouvez-vous nous parler de l'histoire du centre de santé communautaire de Dougouolo ?

2. Avez-vous été impliqué dans la création du cscm de Dougouolo ?

OUI NON

Si oui, quelle a été votre implication ?

3. Comment les besoins (prestations) ont-ils été recensés ?

4. Quelle a été la contribution de votre village à la création du cscm de Dougouolo ?

5. Les structures participatives (Association des jeunes, de femmes...) ont-ils été impliquées dans la création du cscm de Dougouolo ?

OUI NON

Si oui, quelle a été leur participation ?

6. Ces structures ont-elles des relations avec le comité de santé du cscom?
OUI NON

Si oui, quel type de relations ?

7. Comment le comité de santé répond-il aux besoins des indigents ?

8. Pensez-vous que les activités du cscom sont bien organisées?

OUI NON

Dites pourquoi:

9. Etes-vous satisfait de l'existence du cscom de Dougouolo?
OUI NON

Donnez vos critiques et vos suggestions éventuelles?

Annexe 3**EQUIPEMENT DU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE de DOUGOULO:**

Armoire	3
Aiguille à suture	6
Banc	3
Bassines	6
Bistourit + lames	1
Boîte à pansement	1
Boîte porte coton	1
Blouse blanche	.
Brosses à ongle	2
Caisse isotherme	.
Calculatrice	2
Chaise	.
Ciseaux	2
Coffret à lame	.
Coffre pour argent	.
Entonnoir	1
Escabeaux	3
Etagères	1
Haricot (plateau reniforme)	3
Jeu de matériel d'injection P.E.V	1
Lampe à alcool	1
Lampe tempête	2
Lits + matelas	5
Mètre ruban	1
Mobylette	.
Otoscope	1
Pèse personne	1
Pèse bébé	2
Pince porte aiguille	2
Pince porte tube	1
Pince à agraphe Michel	1
Porte vaccins	2
Plateaux	3
Poissonnière	1
Réchaud	1
Réfrigérateur	1
Stéthoscope médical	2
Sceaux	2
Sonde métallique femme	1
Spéculum	1
Stérilisateur	1
Table à pansement	1
Table bureau	3
Table d'examen	2
Table d'instruments	1
Tablier plastique	1
Tabourets	8
Tambour moyen format	1
Tensiomètre	.
Thermomètre rectal	.
Torches	.

FICHE OPÉRATIONNELLE DE LA GROSSESSE :

Nom:

Prénom:

Village:

AGE:

No:

Première visite :

Date ___/___/___

Rendez- vous pour le : ___/___/___

Deuxieme visite

Date ____/____/____

	Normal	infirmier	Acc.CSC
Conjonctives: colorées/très pâles			
Brulure a la miction			
Hauteur utérine			
durée grossesse estimée..mois			
Toucher vaginal: pertes purulentes			
Pertes rouges:			
VAT1: VAT2: VAT rappel			

Rendez-vous prénatale pour le ____/____/____

Troisième visite (neuvième mois) Date: ___/___/_____.

	Normal	Infirmier	Acc. CSC
Conjonctives: colorées/très pâles			
Brûlure à la miction			
Hauteur utérine...cm			
durée grossesse estimée...			
Toucher vaginal: pertes purulentes			
Pertes rouges			
Tension artérielle			
Position foetale: verticale/ transverse			
VAT1: VAT2: VAT rappel:			

Accouchement prévu le mois de..... à.....
Accouchement: le ___/___/_____

Lieu..... Accouchement assisté par.....
Type d'accouchement: normal césarienne autre
complications maternelles: non oui
Enfant décédé: Enfant vivant:
Fiche enfant ouvert: oui non Pourquoi ?
Rendez - vous post-natale pour le ___/___/_____

Consultation post-natale le ___/___/_____

Tout en ordre: Référence à l'infirmier pour: Non-involution
utérine

	Anémie:
	Pertes vaginales
Mère informée des possibilités de P.F oui:	non:
Mère accepte PF ?	oui: non:
Fiche PF ouverte ?	oui: non:

STATUTS

TITRE I: De la création

Article 1: En vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de son état de santé, la population des villages (cités en annexe) du secteur de santé de Dougouolo a créé conformément aux dispositions de l'ordonnance N 49/PG-RM du 28 mars 1959 une association dénommée Association Santé Communautaire " SABUNUMAN ". SABUNUMAN est une association à but non lucratif qui possède la personnalité juridique et morale. Sa durée est illimitée. Son siège est à Dougouolo (cercle de BLA) en République du Mali.

TITRE II: Des buts.

Article 2: "SABUNUMAN" a pour but:

- de faciliter l'accès des populations du secteur de santé de Dougouolo aux soins essentiels qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotionnel.
- de susciter la participation active et responsable de toute la population du secteur de santé de Dougouolo pour protéger et améliorer son état de santé.

TITRE III: Des objectifs et des modalités d'action.

Article 3: "SABUNUMAN" réalise ses objectifs en liaison étroite avec le service socio-sanitaire de cercle. Il s'agit plus précisément de:

- veiller à l'amélioration de l'état de santé de toute la population des villages concernés.
- assurer la création et puis le fonctionnement d'un centre de santé communautaire destiné à l'ensemble de la population résident dans le secteur de santé de Dougouolo.
- assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son bon fonctionnement et la qualité de ses services.
- contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives, préventives et promotionnelles conformément aux directives du ministère de la santé publique de la solidarité et des personnes âgées; elle collabore avec tout organisme ou association qui intervient dans le secteur sur des objectifs communs.

TITRE IV: Des membres.

Article 4: Est membre de " SABUNUMAN ": tout ressortissant d'un des neufs villages du secteur de santé de Dougouolo adhérant au présent statut et participant aux activités de l'association.

TITRE V: Le comité de Santé.

Article 5: Le comité de santé est l'instance suprême de l'association. Elle définit la politique générale de l'association et assure son fonctionnement.

Article 6: La création du comité de santé.

Le Comité de santé est composé de deux ou trois représentants de chacun des neufs villages. Chaque représentant est choisi unanimement par le village.

Le comité de santé est renouvelé chaque année.

Article 7: Les attributions du comité de santé sont:

- veiller à l'amélioration de l'état de santé de toute la population des villages concernés;
- le suivi de l'exécution des activités du Centre de santé;
- l'approbation des dépenses;
- la proposition de toute mesure susceptible d'améliorer la qualité des prestations et la bonne gestion du Centre ;
- la discussion de tout problème pouvant influencer sur la vie du centre
- l'assurance de la marche quotidienne du comité;
- statuer sur les propositions d'embauche, de sanctions et de licenciement de personnel.

Article 8: La composition du comité de santé:

a) membres de droit:

- un président
- un vice - président
- un secrétaire général
- un secrétaire adjoint
- un trésorier
- un trésorier adjoint
- un commissaire aux comptes
- un commissaire aux comptes adjoint
- un secrétaire organisateur par village

b) membres de droit avec voix consultative:

- l'infirmier responsable
- la matrone
- le médecin-superviseur

Article 9: Les attributions des membres du comité de santé:

1) Le président:

- le président préside les réunions du comité de santé
- assure la marche quotidienne de l'association
- prend tout contact nécessaire à la promotion de l'association et la conduite des activités
- est chargé de la mise en oeuvre des décisions du comité de santé qu'il traduit en activités en collaboration avec l'infirmier
- dresse le bilan actuel des activités du centre en collaboration avec l'infirmier.

- il signe les chèques de concert avec le trésorier
 - il est l'ordonnateur des dépenses sur proposition de l'infirmier
- 2) Le vice-président:
- le vice - président seconde le président et le remplace en cas d'empêchement ou d'absence.
- 3) Le secrétaire général:
- le secrétaire général tient le secrétariat du comité de santé
 - il est chargé des problèmes administratifs et juridiques
- 4) Les secrétaires à l'organisation :
- ils sont chargés de l'organisation matérielle des réunions et de toute activité du comité de santé
 - ils assurent la liaison entre le comité de santé et les neufs villages dans les deux sens.
- 5) Le trésorier :
- il est responsable des fonds
 - il contre signe les chèques de concert avec le président du comité de santé
 - il tient les supports de gestion financière de l'association
 - il prend toute disposition sur le plan financier

Au plan technique:

- prend toute décision en matière de prestation des soins de santé dans l'intérêt exclusif de la bonne marche du centre
- propose des sanctions pour le personnel placé sous ses ordres en cas de faute grave
- est responsable de la programmation quotidienne des activités de service et la bonne utilisation du personnel.

TITRE IV: Des ressources.

Article 10: Les ressources de l'association proviennent:

- des cotisations
- des dons et des legs
- des ressources du centre

Article 11: Les ressources du centre proviennent:

- des recettes provenant des activités du centre
- des subventions des pouvoirs, des oeuvres de bienveillance, d'organismes nationaux et internationaux

Article 12: L'exercice financier commence le premier janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

TITRE V: Des modifications des statuts et dissolutions.

Article 13: Les statuts de l'association ne peuvent être modifiés que par le comité de santé. Les propositions de modification sont décidées par le comité de santé selon le principe "Un village compte une voix".

Article 14: La dissolution de l'association ne peut intervenir que par décision de l'ensemble des villages ou de la majorité des 2/3 des villages. Dans ce cas le comité de santé détermine la dévolution des biens disponibles.

Fait à Dougouolo, le 5 Février 1993.
P/ Le comité de santé.

Le président du comité de santé.

Règlement intérieur.

Titre I: Dispositions générales.

Article 1: Le présent règlement intérieur complète et précise de façon détaillée les statuts de l'Association " SABUNUMAN ". La violation constitue un acte d'indiscipline caractérisée et doit être sanctionnée comme telle.

Article 2: Pour être membre de l'association " SABUNUMAN " , il faut:

- habiter l'un des neuf villages du secteur de santé concerné.
- accepter les activités du Centre, ses statuts et son règlement intérieur.

Article 3: Un comité de santé de 18 membres veille à l'amélioration de l'état de santé de la population des villages concernés.

Article 4: Le comité de santé se réunit une fois par mois en séance ordinaire et au besoin en séance extraordinaire sur convocation du président.

Article 5: Les réunions font l'objet de procès-verbaux concernés dans les archives du comité; une copie sera envoyée au Médecin-chef.

Titre II: Discipline et sanction.

Article 6: La discipline est de rigueur. La suspension ou l'exclusion d'un membre découle de la décision du comité de santé selon le principe " Un village compte une voix " pour toute faute mettant en péril le devenir de l'association:

- tout acte médical illégal effectué dans le cadre des activités du centre,
- toute malhonnêteté
- toutes absences répétées aux réunions.

Le comité a la possibilité de prononcer à deux reprises un avertissement, le troisième entraînant immédiatement la procédure d'exclusion. L'intéressé sera systématiquement remplacé par quelqu'un du même village que lui. Il est à noter que toute manipulation irrégulière de trésorerie dans la gestion des fonds du centre est sanctionnée avec la dernière rigueur (remboursement intégral du montant et la mise de l'intéressé à la disposition des services de sécurité).

Titre III: Budget et fonctionnement

Article 7: Le budget du Centre de santé "SABUNUMAN" est voté par le comité de santé dont le président est l'ordonnateur.

Le président, le vice-président, le trésorier général, le trésorier général adjoint et le commissaire aux comptes décident de toutes les dépenses et rendent compte au comité en réunion.

L'ordonnancement des dépenses sera fait conformément au budget.

Titre IV: Des ressources.

Article 8: Les ressources de l'Association proviennent:

- des subventions
- des dons et des legs
- les frais de prestations.

Article 9: les consultants versent chacun la somme de 200F (deux cents francs cfa) pour la période qui a justifié cette consultation. Chaque femme en état de grossesse paie 1.000F (mille francs CFA) à son accouchement.

Article 10: Ces sommes perçues servent à :

- payer le salaire de l'infirmier
- payer les forfaits dus aux accoucheuses traditionnelles à raison de 200.000 cfa par accouchement.
- établir les actes de naissances et les extraits de naissance des nouveaux-nés.
- prendre en charge des rares cas d'urgence des villages concernés et confirmés par le président du comité.
- assurer le ravitaillement du centre en petit matériel de première nécessité (alcool , savon, pétrole, lampes tempêtes etc);
- les ressources restantes seront utilisées pour financer des actions d'amélioration de la santé en faveur des populations des villages concernés.

Article 11: Les recettes sont régulièrement versées au trésorier général qui tient ses documents comptables à jour.

Titre V: De la direction

Article 12: La direction du centre de santé est confiée à l'infirmier. Il lui revient de veiller à ce que le centre remplisse ses objectifs conformément aux décisions du comité. Il assiste à titre consultatif à toutes les réunions du comité de santé à l'exception de celles qui statuent sur les problèmes le concernant.

Titre VI: Des activités

Article 13: L'association organisera des consultations quotidiennes de médecine générale destinées à l'ensemble des ressortissants des neuf villages du secteur de santé. Il assurera:

- la conduite des accouchements normaux
- la consultation prénatale

- la prise en charge des malades chroniques
- la vaccination des femmes enceintes et des enfants des villages du secteur de santé contre les maladies du PEV.
- la planification familiale
- la conduite d'activités d'éducation sanitaire (éducation nutritionnelle et amélioration de l'hygiène individuelle et collective).

Au besoin des activités supplémentaires seront organisées.

Titre VII: Dispositions particulières.

Article 14: La qualité de membre du comité de santé ne donne droit à aucun privilège.

Article 15: Tous les cas non prévus dans le présent règlement intérieur feront l'objet d'une réunion du comité de santé.

Titre VIII: De la modification.

Article 16: Le présent règlement intérieur ne peut être modifié que par le comité de santé. Les propositions de sa modification sont décidées par le comité de santé toujours selon le principe " Un village compte une voix".

Fait à Dougouolo, le 4 Février 1993

Le président de l'association "BARBERMAN "