

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS REPUBLIQUE DU MALI
SECONDNAIRE SUPERIEUR ET DE **Un Peuple-Un But-Une foi**
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

N°...../

EVALUATION DU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE
DE MEKIN-SIKORO DE LA COMMUNE I
DU DISTRICT DE BAMAKO
DE 1998-2007

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le...../...../2009

devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par

Monsieur Mohamed Démbélé

Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

----- Jury -----

Président	: Pr	Moussa	Harama
Membre du Jury	: Dr	Abou	Koné
Co-Directeur de Thèse	: Dr	Yssouf	Koné
Directeur de Thèse	: Pr	Amadou	Diallo

DEDICACES***Je dédie ce******Travail.....******A L'Eternel ALLAH Le Tout Le Puissant***

Le seigneur des cieux et de la terre et de ce qui existe entre eux et seigneur des levants S37 V5.

Tu es au commencement et à la fin de tout. Et ce qui est hasard à l'égard des hommes est dessein à ton égard.

Merci de m'avoir donné la chance et la force nécessaire de réaliser ce travail.

Au Prophète Mohamet

Le messager d'Allah est un excellent modèle à suivre S33 V21.

A mon père Brahima

Depuis le 1^{er} cycle de l'école fondamentale, tu m'as promis de ne ménager aucun effort pour ma réussite sur le plan scolaire.

Et encore lorsque tu souffrais pour la dernière fois, étant sur ton lit de malade tu me disais ceci : Mon fils, même si tes études se limitaient à une classe, je prie le bon Dieu pour qu'elles soient bénies.

Cher papa, grâce à ton sens élevé de la vie et de ta clairvoyance, tu as ouvert les portes de l'école pour moi. Ainsi j'ai échappé à l'ignorance et à l'analphabétisme.

Cher regretté, j'aurais voulu que tu sois là aujourd'hui pour goûter les fruits de l'arbre que tu as planté et entretenu avec amour et passion.

Je prie Allah le tout puissant d'accorder sa grâce à celui qui a été à la fois pour moi un père et un ami.

A Ma mère Maïmouna Traoré

Je ne trouverai pas les mots justes pour t'exprimer ce que je ressens du fond du cœur. Qu'ALLAH t'accorde une longue vie.

A Ma mère Bintou Cissé

Ce résultat est l'oeuvre de tes prières, de tes bénédictions et de ton amour pour moi. Tu as toujours été là quand j'ai eu besoin de toi. Tu as toujours su dire les mots convenables qui m'ont permis de garder espoir. Maman, je suis très fier de toi pour l'éducation donnée. Je te souhaite une très longue vie.

A mes frères et sœurs : Yacouba, Salif, Djénèba, Awa, Lamine, Salimata, Adiaratou, Sitan, Dramane, Sakinatou, Ramata

Vous avez contribué de près et de loin ; d'une manière ou d'une autre à ma formation. Et chaque fois que je pense à vous, cela me donne force et courage.

Ce travail est le vôtre, recevez le avec toute l'affection que je vous porte.

A mes grand frères Moussa, Hamidou, et à ma petite sœur Mamou

J'ai été profondément attristé par la disparition mes deux frères **Hamidou** et **Mamou** respectivement aîné et cadette (dans les années 1999) tout cela dans un intervalle d'un mois.

Comme on le dit souvent, la mort n'attend pas qu'on compte jusqu'à deux. Et dès qu'on naît, on est vieux pour mourir.

Chers regrettés, je vous porte dans mon cœur à chaque instant de ma vie et il y aura toujours de la place pour vous. Ce travail est le votre.

A ma grande Sœur Mme Théra Aminata dite « Ta »

Aucun mot de mon vocabulaire ne peut signifier ma reconnaissance envers toi. Tu as donné le meilleur de toi-même pour que je réussisse ce dans mes études. Jamais je ne saurais te rendre un hommage à la dimension de tes efforts

A ma très chère aimée Fanta Konaté

Tu illustres parfaitement la citation de Pierre Corneille «Aux âmes bien nées, la valeur n'attend point le nombre des années». Nous avons traversé ce chemin rocaillieux ensemble. Je te souhaite courage et persévérance dans tes études et saches toujours que la réussite est au bout de l'effort. Puisse le tout puissant nous accorder longue vie. Affection sincère à toi et à tes parents pour votre patience.

A notre benjamin Abdoulaye dit Broulaye

N'oublie jamais pourquoi tu es venu à Bamako. Car loin d'ici nos parents ont peiné et continuent à le faire. Et leur espoir ne se repose que sur nous. Je te souhaite courage et persévérance dans les études. Ce travail est à dépasser.

A mes toutes petites chéries Mamou et Bâ Bintou

En espérant que ce travail vous serve d'exemple et vous incite à faire mieux que moi.

A l'Association des Ressortissants de Yélékéla (ARY).

Pour les bons moments passés ensemble, recevez ce travail qui est le fruit de votre confiance.

A Douty Aly Théra et famille

Merci pour l'affection dont vous m'avez comblée durant mes études à Koutiala.

A ma Chère regrettée Adiarratou Sanogo dite Diatou ainsi qu'à M. Sadio George Dembélé et famille.

Ni les mots, ni les paroles ne sauront exprimer suffisamment ma gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi pendant mes études à Sikasso.

Recevez ce travail en signe travail de reconnaissance.

A mon cousin feu Sidiky Traoré (Cabinet d'Expertise Diarra)

Cher regretté, j'aurai aimé que tu sois là pour voir le couronnement de mes dures années de sacrifice. Mais hélas, le destin de la mort t'a arraché à l'affection de nous tous.

A la famille Traoré à Bamako

Merci pour votre hospitalité. Recevez ce travail en signe de reconnaissance.

A mon cher cousin Fousseyni Démbélé

Grand frère, je ne saurais jamais te remercier assez pour l'affection et l'amour dont tu m'as entouré depuis que je suis à Bamako.

Tout au long de ce cycle, tu m'as offert le meilleur de toi même ; je m'en souviendrai toute ma vie.

Que Dieu dans sa miséricorde te bénisse, et te comble de tout ce dont tu as besoin.

A mes oncles maternels Dramane, Lamine, Souleymane

Votre présence et votre dévouement auprès de moi sont irremplaçables.

Profonde gratitude et affection sincère.

A mon tonton Moumine ainsi qu'à mes tantes Korotoumou et Mariam

Vous occuperez toujours la place qui est la votre dans la famille.

Recevez ce travail en signe de reconnaissance.

A mes cousins (es) ainsi qu'à mes nièces et neveux

Je souhaite à chacune et à chacun une réussite dans la vie, dans tout ce que vous aurez entrepris dans un monde au bouleversement continue.

A mon ami Séïdou Ombotimbé dit Fatoma

C'est aux moments difficiles qu'on reconnaît les vrais amis. Où que je sois, je me souviendrai de toi. Je te remercie au fond du cœur.

A mon cher ami Moustapha comptable de l'Ambassade de Mauritanie au Mali

Pour la confiance et l'amour sincère que vous me portez. Ce travail est le votre.

Au Dr Seydou Mèmè Diarra

Certes, sans toi il y aurait thèse, mais pas celle-ci. Tu mérites toutes mes considérations.

A mon homonyme Mohamed Théra

Ce travail est à dépasser.

A mes amis

Merci pour votre soutien.

A tous mes camarades de promotion

Pour les bons moments passés ensemble.

MES REMERCIEMENTS

Particuliers.....

A tout le personnel de l'Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro (ASACOMSI)

Nous garderons de vous l'image d'hommes et de femmes ouverts. Nous admirons votre esprit d'équipe et votre engouement pour le travail. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Eternelles pensées à votre égard...

A tous mes camarades ainsi qu'aux travailleurs du CSCOM de l'Hippodrome

Mon respect et ma gratitude envers vous ne peuvent être exprimés. Je remercie pour votre soutien moral.

A tout le personnel du CSREF CI, des CHU du Point G et de Gabriel Touré

Vous avez consenti beaucoup de sacrifices pour nous assurer un encadrement de qualité. Trouvez ici le témoignage de notre totale gratitude.

MES RECONNAISSANCES...

A ma chère patrie le Mali

Tu as consenti d'énormes efforts pour ma formation.

Je prie le bon Dieu de me donner la force nécessaire pour te servir.

A mon très beau village natal Yélékéla

Merci de m'avoir vu naître et tout me donner.

Je te bâtirai à mon image comme disait l'autre ...

Au personnel médical du Mali

Vous vous sacrifiez tous les jours pour servir votre pays ; quand bien même que dans le plus noble des métiers que vous exercez il n'y a pas d'épanouissement personnel.

HOMMAGES...

A nos Maîtres

Messieurs et Mesdames les membres du corps professoral de la faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Bamako.

En reconnaissance à votre dévouement à la transmission de votre savoir, nous vous prions chers maîtres d'accepter en ce jour, nos sentiments de gratitude et d'hommage.

***A notre Maître et Président de Jury, Professeur Moussa Harama
Professeur titulaire de Chimie organique à la Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.***

Cher maître, le premier jour où nous avons frappé à votre porte, c'était avec hésitation. Mais cet état d'incertitude fut vite dissipé par votre accueil affectueux et chaleureux.

C'est un immense bonheur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de soutenance.

Nous avons trouvé en vous bien plus qu'un maître ; un père, tant pour votre disponibilité et votre sens de l'écoute.

Nous vous en sommes infiniment gré tout en vous assurant de notre profonde déférence.

A notre Maître et Juge, Dr Abou Koné.

Médecin Directeur du Centre de Santé Communautaire de Koulouba.

Cher Maître, le choix porté sur vous pour juger ce travail n'est pas gratuit.
Nous avons été très touchés par votre disponibilité et votre rigueur dans le travail.
Les mots nous manquent pour témoigner de notre reconnaissance à votre égard.
En acceptant d'apprécier ce travail, vous contribuez cher maître à son indispensable
amélioration.

Soyez rassuré de toute notre considération et notre estime.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse, Docteur Yssouf Koné.

Médecin Directeur du Centre de Santé Communautaire de Mèkin Sikoro.

Cher maître, vos conseils et votre disponibilité ont été le phare de ce travail.
Nous avons découvert en vous un homme de grande droiture et plein d'humanisme.
Votre calme et simplicité font de vous un homme respectueux et respectable.
Puisse le tout puissant vous accorder tout ce dont vous avez besoin.

***A notre Maître et Directeur de Thèse, Professeur Amadou Diallo.
Professeur titulaire de Biologie Animale et Zoologie à la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako, Vice Recteur de l'Université de
Bamako.***

Cher maître, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous proposant ce travail.

L'occasion nous est enfin donnée de témoigner de votre personnalité hors du commun.

Votre sens de respect du prochain, votre sagesse, votre honnêteté, votre disponibilité pour les jeunes malgré votre agenda très chargé, bref la bonté de votre cœur fait de vous un homme envié et estimé par un bon nombre d'étudiants.

Nous ne nous souviendrons pas de vous ; car pour se souvenir il faut d'abord oublier.

Puisse le tout puissant vous accorder longue vie et guider vos pas.

SOMMAIRE

	Page
Sigle et abréviation.....	1

Chapitre I:Introduction-Objectifs

I. Introduction.....	4
Objectifs.....	7
1- Objectif général.....	7
2- Objectifs spécifiques.....	7

Chapitre II : Généralités

II. Généralités.....	8
2.1. Définitions.....	8
2.2. Situation socio sanitaire du Mali.....	9
2.3. Organisation du système de santé au Mali.....	11
2.4. Politique nationale d'action sociale et de solidarité.....	13
2.5. Aperçu sur la Politique Sectorielle de Santé et son application au Mali.....	14
2.5.1. Historique des Centres de Santé Communautaires au Mali.....	15
2.5.2. Mission et composition d'un CSCOM.....	15
2.5.2.1. Mission d'un CSCOM.....	15
2.5.2.2. Composition d'un CSCOM.....	16
2.5.2.3. Conditions de création d'un CSCOM.....	16

2.5.3. Initiative de Bamako(IB)).....	17
2.5.4. La politique sanitaire au Mali.....	18
2.5.4.1. Les Soins de Santé Primaires (19980-1990).....	18
2.5.4.2. Le Cadre de référence juridique de la santé communautaire.....	18
2.5.4.3. Le cadre juridique de la Politique Sectorielle de Santé et du PRODES.....	19
2.5.4.4. Loi d’orientation sur la santé.....	19
2.5.4.5. Le décret N°05-299/P6RM du 28 juin 2005.....	21
2.5.5. Processus de Planification Sanitaire et Social	23
2.5.6. Processus de mise en place d’un CSCOM.....	24
2.5.6.1. Création de l’Association de Santé Communautaire.....	24
2.5.6.2. Le fonctionnement du Centre de Santé Communautaire.....	26
2.5.6.3. La santé communautaire dans le cadre de la décentralisation au Mali.....	30
2.5.6.4. Les compétences transférables à la commune.....	30
2.5.6.5. L’institution d’un système de partenariat entre l’ASACO et la municipalité.....	31

Chapitre III : Cadre et Méthode d’étude

3.1. Cadre d’étude	33
3.1.1 Présentation de la Commune I de Bamako.....	33
3.1.1 Présentation du quartier de Mèkin-Sikoro.....	38

3.1.1.2 Présentation du CSCOM de Mèkin –Sikoro.....	42
3.1.1.2.1 Création.....	42
3.1.1 .2.2 Organisation.....	43
3.1.1.2.3 Activités du CSCOM.....	44
3 .1.1.2.4 Mécanisme de gestion.....	45
3.2 Population étudiée et échantillonnage.....	47
3.2.1 Description de la population	47
3.2.2 Description et effectifs de l'échantillon.....	47
3.2.2.3 Critères d'inclusion.....	48
3.2.2.4 Critère d'exclusion.....	48
3.2.2.5 Type d'étude.....	48
3.2.2.6 Période d'étude.....	48
3.2.2.7 Plan de collecte des données.....	48
3.2.2.8 Analyse des données.....	49
3.2.2.9 Considérations éthiques	49

Chapitre IV : RESULTATS

4.1 Processus de création de l'ASACO/CSCOM.....	51
4.2 Caractéristiques socioculturelles des populations.....	52
4.3 Connaissance de l'ASACO/CSCOM par le personnel technique et par la population.....	53
4.4 Activités menées au centre.....	66

Chapitre V : Commentaires et Discussions

1) Par rapport au processus de création.....	72
2) Par rapport à la connaissance de l'ASACO par la population... ..	72
3) Par rapport aux usagers.....	73
4) Par rapport à la participation de la population à la vie de l'ASACO et du CSCOM	73
5) Par rapport à la connaissance des activités.....	74
6) Par rapport à l'évaluation des activités menées au centre.....	74
7) Par rapport à l'importance des activités.....	75
8) Par rapport aux activités de la pharmacie.....	75

Chapitre VI: Conclusion

VI Conclusion.....	76
---------------------------	-----------

Chapitre VII : Recommandations

A) Aux membre du CA	78
B) Au ministère de la santé.....	79
C) Aux personnels du centre	79

Chapitre VIII : Fiche Signalétique

Fiche signalétique.....	80
--------------------------------	-----------

Chapitre IX : Références bibliographiques

Références bibliographiques.....	82
---	-----------

Chapitre X : Annexes

1) Questionnaire adressé aux personnels du centre.....	84
---	-----------

2) Activités menées dans le centre.....	87
3) Questionnaire adressé aux responsables de l'ASACOMSI.....	89
4) questionnaire adressé à la population	92
5) Statuts et règlement intérieur de l'ASACOMSI.....	98
6) Serment d'Hippocrate.....	108

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX :

	Page
<u>FIGURE I :</u> Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction	
51	
<u>FIGURE II :</u> Répartition de la population enquêtée en fonction du sexe	51
<u>FIGURE III :</u> Répartition de la population enquêtée selon leur principale occupation	52
<u>FIGURE IV :</u> Répartition de la population enquêtée en fonction des tranches d'âge	
52	
<u>FIGURE V :</u> Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de l'ASACO MSI	53
<u>FIGURE VI :</u> Répartition de la population enquêtée selon leur source d'information sur l'ASACOMSI	53
<u>FIGURE VII :</u> Répartition de la population enquêtée selon leur assiduité à l'Assemblée Générale de l'ASACOMSI	54
<u>FIGURE VIII :</u> Répartition de la population enquêtée selon la connaissance d'un membre du bureau	54
<u>FIGURE IX :</u> Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du bénévolat des membres du bureau	55
<u>FIGURE X :</u> Répartition de la population enquêtée selon la connaissance d'un membre du comité de gestion	55
<u>FIGURE XI :</u> Répartition de la population enquêtée selon la rémunération des membres du bureau	56
<u>FIGURE XII :</u> Répartition de la population enquêtée en fonction du mode de rémunération des membres du bureau	56

- FIGURE XIII** : Répartition de la population enquêtée par rapport à leur appartenance à l'ASACOMSI **57**
- FIGURE XIV** : Répartition de la population enquêtée selon leur capacité de faire adhérer d'autres à l'ASACOMSI **57**
- FIGURE XV** : Répartition des adhérents par rapport au renouvellement régulier de leur carte **58**
- FIGURE XVI**: Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif d'adhésion **58**
- FIGURE XVII** : Répartition de la population enquêtée par rapport à l'appréciation du tarif d'adhésion **59**
- FIGURE XVIII** : Répartition de la population enquêtée en fonction de leur proposition sur le tarif d'adhésion **59**
- FIGURE XIX** : Répartition de la population enquêtée selon leur connaissance du lieu du centre de santé **60**
- FIGURE XX** : Répartition de la population enquêtée par rapport à la connaissance de l'appartenance du centre **60**
- FIGURE XXI** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance des personnes cibles du centre **61**
- FIGURE XXII** : Répartition de la population enquêtée selon le recours antérieur aux prestations du centre **61**
- FIGURE XXIII** : Répartition de la population enquêtée par rapport à leur envie de revenir au centre **62**
- FIGURE XXIV** : Répartition de la population enquêtée en fonction des raisons évoquées pour la fréquentation du centre **62**

- FIGURE XXV** : Répartition de la population enquêtée en fonction de la connaissance de la nature des prestations du centre **63**
- FIGURE XXVI** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif des consultations **63**
- FIGURE XXVII** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif de consultations des adhérents **64**
- FIGURE XXVIII** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif des consultations des non adhérents **64**
- FIGURE XXIX** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de la provenance des salaires des agents du centre **65**
- FIGURE XXX** : Répartition de la population enquêtée par rapport à la connaissance de la destination des fonds du centre **66**
- FIGURE XXXI** : Evolution de la consultation médicale au cours des dix dernières années (1998 - 2007) **66**
- FIGURE XXXII** : Evolution de la consultation prénatale de 1998 – 2007 **67**
- FIGURE XXXIII**: Evolution de l'accouchement et de la CPON de 1998-2007 **67**
- FIGURE XXXIV** : Evolution du suivi des enfants sains en stratégie avancée de 1998-2007 **68**
- FIGURE XXXV** : Evolution de la vaccination contre la poliomyélite et la tuberculose de 1998 – 2007 **68**
- FIGURE XXXVI** : Evolution de la vaccination antitétanique des femmes enceintes de 1998- 2007 **68**

FIGURE XXXVII : Evolution de la planification familiale et la méthode de planification de 1998 – 2007 69

FIGURE XXXVIII : Répartition de la population en consultation médicale en fonction de la morbidité au cours de l'année 2007 70

FIGURE XXXIX : Répartition des ordonnances servies selon la qualité du prescripteur en 2007 70

TABLEAU XXXX: Répartition des activités du laboratoire selon le type d'analyse au cours de l'année 2007 71

Sigles et abréviations

AG	Assemblée Générale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASACOMSI	Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro
AVP	Accident de la Voie Publique
BAAR	Bacille Acido-alcoololo-resistant
BW	Bordet-Wassermann
CA	Conseil d'Administration
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CAP	Connaissance, Attitude et Pratique
CG	Conseil de Gestion
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation Post-natale

CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DTCP	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
GE	Goutte Epaisse
HBs	Antigène de l'Hépatite B
HCG	Hunan Cortico-Gonadotrophine
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IECS	Information, Education, Communication en Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PF	Planning Familial
POK	Parasite, Œufs et Kystes
PRODESS	Programme Décennal de Développement Socio Sanitaire
PSPHR	Projet de Santé Population et Hydraulique Rurale
PSSP	Politique de Santé Sectorielle de Population
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA
SF	Sage-femme
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TE	Test d'Emmel
THb	Taux d'Hémoglobine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS	Vitesse de Sédimentation

I. INTRODUCTION :

Depuis l'indépendance du Mali, la santé publique a toujours été au centre des politiques et stratégies nationales des différents gouvernements successifs. A toutes les périodes, nos sociétés ont jugé que la santé demeure le premier axe de développement de l'humanité car elle est la source de vie. Elle est donc à la base de tout progrès social économique et culturel de la société.

Ainsi, le peuple malien a opté de façon résolue pour la santé publique avec une omniprésence de l'état dans toutes les sphères d'activités sanitaires (construction d'infrastructures sanitaires, formation de personnel, recyclage des institutions traditionnelles, la gratuité des soins aux citoyens etc.).

En 1968 (19 Novembre) après le coup d'état, le peuple malien a adopté le régime libéral tout en conservant les textes fondamentaux du socialisme, régime au cours duquel on verra cette jeune nation confrontée à beaucoup de difficultés socio-économiques. Cette situation entraîna l'élaboration des plans successifs consacrés à la santé. Ces différents plans de développement socio- économique ont abouti:

- en 1985 à la privatisation des professions médico - pharmaceutiques.
- à l'élaboration du deuxième plan décennal (1981-1990) de la politique national de santé qui verra naître la déclaration de la politique sectorielle de santé et de population (PSSP) adoptée par le gouvernement le 15 décembre 1990 ; traduisant ainsi une volonté explicite des reformes institutionnelles du secteur, dans un souci de développement sanitaire harmonieux et soutenu visant l'amélioration de l'état de santé de la population.

[7]

Elle fait siens des principes de l'Initiative de Bamako (I.B Septembre 1987) et la stratégie des soins de santé Primaires.

Fruit d'une analyse approfondie de la situation sanitaire du pays, des expériences diverses et stratégies de mise en œuvre des soins de santé Primaires, elle a retenu comme **objectif général** de garantir un état de santé satisfaisant pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible en visant **quatre objectifs spécifiques** :

- 1-l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations ;
- 2-la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- 3-la participation communautaire dans la gestion du système ;
- 4-la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris le recouvrement des coûts. [9]

L'application de cette politique a permis une restructuration du système de santé qui est alors passé d'une conception hiérarchique et administrative à une conception pyramidale. C'est ainsi que la dite pyramide sanitaire est constituée de **trois niveaux** qui sont les suivants :

Le premier niveau est appelé niveau opérationnel, constitué par les Centres de Santé de Cercle, de Commune et d'Arrondissement.

Le deuxième niveau est appelé régional, constituant un niveau d'appui stratégique comprenant les CSREF.

Le troisième niveau est appelé national, constituant un niveau de conception représenté par les hôpitaux.

Cette approche définit un type d'activités spécifiques pour chaque niveau en mettant un accent particulier sur le PMA du niveau opérationnel, comprenant :

- ◆ soins préventifs.
- ◆ soins curatifs.
- ◆ soins promotionnels [14].

C'est pour atteindre les objectifs de cette politique que notre pays le Mali a initié le vaste programme de création des ASACO/CSCOM portant sur une nouvelle organisation de l'action sanitaire aux côtés des formes publiques et privées.

C'est ainsi qu'en 1993, inspirées de cette expérience et dans le souci de contribuer à la protection et à l'amélioration de leur état de santé, les populations du quartier de Mèkin-Sikoro ont créé, conformément aux dispositions de l'ordonnance No 41 PCG du 28 Mars 1959 une association dénommée : **Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro** et ont mis en place **le 08 Mars 1993 leur CSCOM** afin de :

☞ faciliter l'accès des populations de Mèkin-Sikoro aux soins essentiels qu'ils soient d'ordre préventif, curatif ou promotionnel.

☞ susciter la participation active et responsable de toute la population de la localité pour propulser et améliorer son état de santé.

Ainsi, après une quinzaine d'années d'existence, il paraît opportun de faire une évaluation de la structure pour juger de son efficacité, de ses capacités de vitalité afin de fournir un soutien stratégique, technique et opérationnel indispensable à sa pérennisation.

Objectifs:

☞ ***L'objectif général*** de cette étude est d'évaluer l'Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro et de son Centre de Santé.

☞ ***Objectifs spécifiques :***

- 1- Décrire le processus de création de L'ASACOMSI et de son CSCOM ;
- 2- Décrire les caractéristiques professionnelles, le niveau d'alphabétisation dans la langue française des populations enquêtées.
- 3- Evaluer le degré de connaissance de L'ASACOMSI et du CSCOM par son personnel technique et par sa population.
- 4- Evaluer les activités menées au niveau du CSCOM sur une période de dix (10) ans (1998-2007).

II. GENERALITES

2.1 DEFINITIONS :

2.1.1 Santé communautaire :

La santé communautaire selon Rochon (Canada), est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaire.

2.2.2 ASACO :

L'Association de Santé Communautaire peut être définie comme une structure dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé [14].

2.2.3 CSCOM :

Le CSCOM est une formation sanitaire de premier 1^{er} niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé [14].

2.2.4 Notion d'aire de santé :

L'aire de santé est une zone couverte par un CSCOM ou Centre de Santé d'Arrondissement (CSAR). Le découpage d'un cercle en aire de santé est ce qu'on appelle la carte sanitaire du cercle.

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5 000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de quinze kilomètres (15 km) autour d'un CSCOM/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologique.

Ces critères ont pour but de permettre aux CSCOM/ CSAR :

- une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement ;
- une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transports font généralement défaut. [16].

2.2 SITUATION SOCIO SANITAIRE DU MALI :

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupant malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'état (qui est passé de 5,28% en 1992 à 6,63% en 2001), occupant le deuxième rang après l'éducation.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6ans.

Les taux de morbidité et de mortalité restent encore élevés.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle est estimé à 577 pour 100000 naissances vivantes. [14].

Le risque de mortalité infanto-juvénile est de 191 ‰ ; en d'autres termes, au Mali, environ 1 enfant sur 5 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Cependant, la fécondité est très élevée aux jeunes âges (188‰ de 15-19ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum (292‰ de 25-29ans), avant de baisser de façon régulière avec l'âge.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) s'élève ainsi à 6,6 enfants par femme.

La couverture vaccinale est encore insuffisante au Mali, puisque un peu moins de la moitié (48% des enfants de 12-23mois) ont été complètement vaccinés, 13 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin et les autres enfants (39 %) l'ont été partiellement.

Quant au niveau d'instruction de la population malienne, il est extrêmement faible. Globalement, tous les âges confondus, à partir de 6 ans, seulement 30 % des hommes et 22 % des femmes ont fréquenté l'école ou un centre d'alphabétisation.

Ceci nous amène pratiquement à un état nutritionnel précaire car dans l'ensemble, 34 % des enfants souffrent d'une malnutrition chronique dont 16 % de la forme sévère. Au niveau national, 81 % des enfants de moins de 5 ans font une anémie quelconque :

21 % la forme légère, 50 % la forme modérée et 10 % la forme sévère ; puis 60 % des femmes en souffrent également: 41 % de la forme légère, 17 % de la forme modérée et 2 % de la forme sévère.

En ce qui concerne la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA au Mali, globalement, elle se résume à 53 % chez les femmes et 63% chez les hommes. La précarité de cette situation socio sanitaire s'explique surtout par:

- une insuffisance de la couverture sanitaire (63 % de la population réside à moins de 15km d'un centre de santé de premiers contacts offrant le PMA).
- une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins (6,63% du budget national en 2001).
- une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations, seulement 48 % de la population en milieu urbain et 36% en milieu rural.
- une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire ;
- une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social ;
- un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A.....) ce qui provoque des maladies et des carences ;
- la persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population (avec un taux faible de scolarisation des filles de 25,7 %).

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement du Mali a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) en 1990 (MSP-AS, 1990).

Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007), un Programme Quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS 1998-2002) et un vaste programme de création des ASACO/CSCOM, basés sur les mêmes stratégies et orientations, ont été élaborés et adoptés. [8]

2.3 **ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI :**

La Politique Sectorielle de Santé et de Population fut adoptée en 1990 par le Mali. Elle est conforme d'une part aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) dont il est membre et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles. Elle vise à améliorer l'état de santé des populations à travers l'extension de la couverture sanitaire tout en rendant le système de santé viable et performant.

Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sociale une œuvre de solidarité de l'Etat envers les collectivités et l'individu.

Elle s'exécute à travers l'organisation actuelle du système de santé à trois niveaux :

- ***Le niveau central*** : qui joue un rôle de conception, de prise de décision politique, d'appui stratégique, de mobilisation des ressources et d'évaluation ;
- ***Le niveau intermédiaire ou régional*** : joue un rôle d'appui au niveau périphérique ;
- ***Le niveau périphérique ou niveau opérationnel*** : joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations à travers le Plan Décennal Sanitaire et Social du Cercle (P.D.S.S.C.).

Les Structures :

Il existe au Mali :

- ✓ trois (3) établissements publics hospitaliers de 3^{ème} référence à vocation générale qui sont : le CHU du Point « G », le CHU de Gabriel TOURE et celui de Kati ;
- ✓ deux (2) établissements publics hospitaliers spécialisés de 3^{ème} référence qui sont : l'Institut d'Ophtalmologie Tropical d'Afrique (I.O.T.A.) et le Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (C.H.U.O.S) ;
- ✓ un (1) Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P.) ;
- ✓ un (1) Laboratoire National de Santé (L.N.S.) ;
- ✓ un (1) Centre National de Transfusion Sanguine (C.N.T.S.) ;

- ✓ un (1) centre de recherche et de formation sur le paludisme et le Département Epidémiologie et des Affections Parasitaires au sein de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie;
- ✓ un (1) Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (C.N.A.M.);
- ✓ six (6) établissements publics hospitaliers au niveau régional qui sont : les structures de santé de 2^{ème} référence : l'hôpital « Fousseyni Daou » de Kayes) ; l'hôpital de Sikasso ; l'hôpital « Nianankoro Fomba » de Ségou ; l'hôpital « Sominé Dolo» de Mopti ; l'hôpital de Tombouctou ; l'hôpital de Gao;
- ✓ cinquante cinq (55) centres de 1^{ère} référence (C.S - REF) ;
- ✓ six cent quatre vingt (680) Centres de Santé Communautaire (C.S.COM.) ;
- ✓ quatre cent trente quatre (434) structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires.

Un paquet minimum d'activités est défini pour satisfaire les besoins de santé des populations. L'extension de la couverture sanitaire était en 2001 de 41 % dans un rayon inférieur ou égal à cinq (5) kilomètres et de 66 % dans un rayon de 15 kilomètres La priorité de l'action sanitaire, réservée au milieu rural et péri urbain, est dominée par la prévention des maladies, la promotion socio sanitaire et le bien- être de la famille. Malgré cette priorité et la présence de toutes les structures sus citées, les indicateurs de l'Enquête Démographique et de Santé (E.D.S. IV) restent faibles. [15]

2.4 LA POLITIQUE NATIONALE D'ACTION SOCIALE ET SOLIDARITE :

Présentation de la Politique Nationale de Solidarité :

L'action de solidarité nationale s'est développée au Mali selon deux conceptions :
--*l'une dite traditionnelle* basée sur des méthodes d'interventions individualisées qui nécessitent un personnel nombreux et qualifié ainsi que des moyens financiers importants ;

--*l'autre dite communautaire* basée sur des méthodes d'animation et de participation des populations favorisant leur organisation à partir d'activités socioculturelles, socio-économiques qui renforcent la cohésion sociale et permettent l'autopromotion et le bien être des groupes.

En fait, l'une comme l'autre conception n'a pu être appliquée avec efficacité et avec efficience en raison du peu de moyen dont dispose l'Etat et d'une insuffisante volonté politique concrète malgré les louables intentions.

Ainsi, à partir de 1993, une politique nationale de solidarité a été définie avec des mécanismes modernes qui, bien qu'ayant pour base la communauté et ses traditions, rompt avec le système d'assistanat ; il s'agit là d'une innovation dans le politique sociale de notre pays par l'approche dynamique, participative et multisectorielle qui la caractérise.

2.5 APERÇU SUR LA POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTÉ ET POPULATION ET SON APPLICATION AU MALI:[7]

- Les Objectifs de la Politique de Santé :

☞ *L'objectif général* de la politique de santé est de contribuer à l'amélioration de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

☞ *Les objectifs spécifiques* de la politique de santé au Mali sont entre autres :

1. *Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socioéconomique du pays en :*

- ❖ réduisant la mortalité maternelle et infantile ;
- ❖ réduisant la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies ;
- ❖ développant les services de planification familiale ;
- ❖ promouvant des attitudes et comportements favorables à la santé et au bien être de la famille.

2. *Etendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population en :*

- ❖ implantant un dispositif de soins adaptés aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché possible des populations ;
- ❖ assurant des services de santé de qualité, géographiquement et économiquement accessibles y compris la disponibilité des médicaments essentiels ;
- ❖ intensifiant l'utilisation des services par des acteurs d'Information, d'Education et de Communication.

3. *Rendre le système de santé viable et performant en :*

- ❖ intégrant la politique socio sanitaire dans celle du développement économique et social du pays ;
- ❖ rationalisant les services du secteur de santé, leur expansion en rapport avec les ressources disponibles mobilisables ;

- ❖ améliorant l'efficacité du système de santé pour une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ❖ organisant la participation de l'Etat, des collectivités, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé ;
- ❖ développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

2.5.1 Historique des Centres de Santé Communautaire au Mali : [15]

C'est dans un contexte de crise économique profonde et de menace sérieuse sur la santé publique que s'est tenue en septembre 1987 à Bamako la trente septième assemblée régionale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle a adopté une nouvelle stratégie visant à redynamiser les Soins de Santé Primaires (S.S.P.) selon les principes définis dix ans plus tôt par la conférence d'Alma Ata. On parlera désormais de l'Initiative de Bamako.

L'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOB) a été créée en Juillet 1988. Un an plus tard elle a ouvert son Centre de Santé Communautaire (CSCOM) le 09 Novembre 1989 qui est le premier CSCOM non seulement du Mali mais aussi de l'Afrique. C'est dans ce cadre qu'intervient la déclaration de politique sectorielle de santé en vue d'améliorer l'état de santé des populations à travers l'extension de la couverture sanitaire et le renforcement du système de santé.

En 1993, le gouvernement a défini une nouvelle politique de solidarité pour lutter contre toute forme d'exclusion et de marginalisation.

Ces deux politiques ont constitué le cadre de référence de l'ensemble des projets et Programmes de Développement Socio Sanitaire (P.D.S.S : 1998 – 2007) exécutés au cours de ces dernières années.

2.5.2 Missions et composition d'un Centre de Santé Communautaire (C.S.C.O.M) :

2.5.2.1 Missions d'un CSCOM:

Le Centre de Santé Communautaire est 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 pour résoudre de façon efficace et efficiente les problèmes de santé.

A cet effet, il est chargé de fournir un Paquet Minimum d'Activités qui sont entre autres :

- les soins de santé à base curatifs et préventifs ;
- développer les activités promotionnelles ;
- assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- et enfin promouvoir la participation communautaire dans la gestion du centre de santé et la prise en charge des problèmes de santé par la communauté.

2.5.2.2 Composition d'un CSCOM

Un CSCOM est composé de :

- *un dispensaire ;*
- *Un dépôt de médicaments essentiels ;*
- *Une maternité.*

Conformément à la Politique Sectorielle de Santé ; les populations organisées en ASACO participent et assurent la gestion du CSCOM à travers le conseil de gestion et le comité de gestion. Le Projet Santé de Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) est l'un des instruments de l'Etat pour l'appui aux CSCOM.

2.5.2.3 Les Conditions de Création d'un CSCOM :

Pour créer un CSCOM, il faut que:

- le CSCOM soit conforme à la carte sanitaire du cercle,
- au moins 10 % de la population soit membres de l'ASACO.
- l'ASACO soit propriétaire et titulaire d'un site ou local,
- participer avec au moins 25 % aux travaux de génie civil,
- l'engagement de fournir le Paquet Minimum d'Activités (P.MA.)

- la gestion du centre soit assurée par le comité de gestion de l'ASACO,
- la prise en charge des frais de fonctionnement.

2.5.3 L'Initiative de Bamako : [6]

La dégradation des conditions économiques a été accompagnée par une détérioration de l'état de santé des populations notamment celles des milieux ruraux. La réduction des dépenses publiques de santé a eu une répercussion négative importante sur la disponibilité et la qualité des soins offerts aux populations.

Face à cette situation, les Ministres de la santé des pays africains se sont réunis au Mali en 1987 lors d'une conférence organisée sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF. Cette conférence a été marquée par le lancement de l'initiative de Bamako dont le but est d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services des Soins de Santé Primaires (S.S.P.) et restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique. Pour atteindre ce but, de nouvelles orientations ont été définies.

L'Initiative de Bamako a instauré une participation des communautés tant dans la gestion que dans le financement des centres de santé.

Concrètement, il était visiblement devenu nécessaire d'inventer un nouveau système de financement de la santé qui devrait se baser sur l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels. Un tel système devrait prendre en compte l'incapacité du gouvernement à continuer à offrir des services gratuits et à payer des frais de fonctionnement. L'aptitude des populations à payer leurs frais de santé devrait être prise en compte aussi.

Un accent particulier a été mis sur le rôle de la communauté. Ainsi, on voyait une amélioration de la santé et du bien être des populations et l'adaptation d'une politique de médicaments essentiels afin de réduire le coût très élevé des dépenses que représentent les médicaments dans la prestation des soins de santé.

En plus la disponibilité et la vente des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques, communautaires et privées sont devenues principalement la base du financement communautaire. La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako à travers l'application des principes ; exigeant l'adoption des politiques nationales de santé en vue

de faciliter la dynamisation des centres de santé telle que la Politique Sectorielle de Santé et de Population du Mali.

Elle est basée sur les principes suivants :

- ◆ Etendre la couverture géographique au service de santé de base en vue d'amener les soins de santé le plus près possible des utilisateurs (accessibilité géographique).
- ◆ Développer cette extension avec la participation des bénéficiaires à la création et à la gestion des services de santé de base.
- ◆ Adopter une politique pharmaceutique nationale basée sur les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale de façon à les rendre plus accessibles financièrement.
- ◆ Instituer un système de recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé.

2.5.4 La Politique Sanitaire au Mali :

De l'indépendance à nos jours, les gouvernements ont passé par plusieurs politiques de santé pour résoudre les problèmes de santé des populations.

Le plan décennal (1966-1976) dont l'objectif était la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé des villages aux cadres supérieurs des hôpitaux nationaux étaient impliqués dans les actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'hygiène, des soins curatifs essentiels, assurant ainsi une couverture sanitaire maximale des populations.

2.5.4.1 Les Soins de Santé Primaires (1980 -1990) :

Les Soins de santé Primaires (1980-1990) dont l'objectif principal est de faire connaître à chacun où il peut s'adresser lorsqu'il est atteint dans sa santé et de permettre à chaque citoyen, quel que soit le lieu où il se trouve de mener une vie socialement et économiquement productive. Cette stratégie des SSP adoptée par le Mali a été préconisée par l'OMS à travers la conférence d'Alma Ata tenue en 1978.

2.5.4.2 Le Cadre de référence Juridique de la santé communautaire :

La réforme des années 1980 dans le cadre des SSP : les bases de la santé communautaire ont été définies depuis 1980 avec la création des organes de gestion au niveau opérationnel et local.

En effet l'arrêté N° 1380 / MSPAS du 1^{er} avril 1981 fixant l'organisation et le fonctionnement des conseils de gestion et des comités techniques des centres de santé a doté chaque cercle d'un cadre de gestion communautaire de la santé.

Pour permettre aux structures périphériques de mieux jouer leur rôle, le recouvrement des coûts a été institué dès 1981 avec ces organes de gestion sans qu'il y ait un texte réglementaire pris en la matière.

C'est en 1983 que le décret N° 243 / PG - RM du 19 septembre 1983 fixant le régime de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les formations sanitaires, autorise (de façon violée) le recouvrement des coûts dans les centres de santé responsables des SSP.

2.5.4.3 Le Cadre Juridique de la Politique Sectorielle de Santé et du PRODESS :

La mise en œuvre de la Politique Sectorielle de Santé a été facilitée par la relecture des textes sur la santé communautaire, notamment l'arrêté N° 1380 ci-dessus cité, ce qui a abouti à l'adoption de l'arrêté interministériel n° 94 – 5092 / MSSPA – MATS - MF du 21 avril 1994 fixant les conditions de création des Centres de Santé Communautaire (C.S.COM.) et les modalités de gestion des services socio sanitaires de cercle, de commune et des CSCOM.

Dans le cadre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social, les organes de gestion ont été revus à travers le décret n° 99 -203 / PM-RM du 22 juillet 1999 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007 et du Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002 qui reprend les mêmes dispositions aux articles 17, 18 et 19.

Dans ce nouveau décret les ASACO sont membres des conseils de gestion d'exécution des conventions d'assistance mutuelle Etat - ASACO.

2.5.4.4 La loi d'orientation sur la santé :

La loi n° 02- 049 du 22 juillet 2002 fixe les grandes orientations de la politique nationale de la santé.

L'article n° 2 de cette loi stipule que « les grandes orientations de la politique nationale de la santé reposent sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, et de participation de la société civile ».

Elle a identifié les priorités comme suit dans son **article 5** « *Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et périurbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé* ».

La participation des populations au financement :

Le recouvrement des coûts est cette fois - ci prévu et autorisé de façon explicite comme source de financement communautaire de la santé dans la loi d'orientation sur la santé en son **article 24** qui précise que: « La participation des populations au financement de la santé consiste en :

- *une participation physique et / ou financière* à travers leurs contributions aux constructions et à la maintenance des centres de santé communautaire, à l'aménagement, à l'équipement et à l'entretien des points d'eau ;
- *une participation financière* à travers l'institution d'un système de recouvrement des coûts ;
- *un financement alternatif* sous forme de prépaiement direct ou de tiers paiement ; cotisations ; mutuelles ; assurance maladie obligatoire ou volontaire ; fonds d'assistance médicale».

Dans le domaine de l'extension de la couverture sanitaire, il est institué une carte sanitaire qui repose sur le découpage du territoire en districts et en aires de santé. La carte sanitaire est le support de base de la santé communautaire et le cadre de référence de la décentralisation.

En effet **l'article 6 de la loi** définit l'aire de santé comme « une unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5000) habitants et formant la zone de

constitution d'un Centre de Santé Communautaire. Elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées ».

Le même article précise que « la carte sanitaire est un document qui consacre le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements publics, communautaires et privés de santé ».

En outre, **l'article 29** de la loi dit que « la vocation de la carte sanitaire est de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ».

La carte sanitaire détermine les limites des secteurs sanitaires constitués d'aires de santé. Elle détermine également la nature et l'importance des installations, des équipements et des activités soumis à la planification. Les aires de santé doivent tenir compte dans la mesure du possible, du découpage communal.

Toutefois, dans le cas où une aire de santé couvre les localités de deux ou plusieurs communes, elle sera gérée selon les principes de l'intercommunalité telle que prévue dans le code des collectivités territoriales. Compte tenu de l'importance de la carte sanitaire, l'article 30 stipule que « la carte sanitaire est adaptée par décret pris en conseil des ministres. Elle est révisée tous les cinq (5) ans.

2.5.4.5 Le Décret n° 05 - 299 / P- RM du 28 Juin 2005 :

Déterminant les conditions de création et des principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires.

Ce décret a été pris conformément à l'article 24 de la loi d'orientation sur la santé qui stipule que « les conditions de création et les principes fondamentaux du fonctionnement des Centres de Santé Communautaire sont fixés par décret pris en conseil des ministres ».

Selon l'article 2 de ce décret, « un Centre de Santé Communautaire est chargé de :

- fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations para cliniques courantes ;

- assurer la disponibilité des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) ;
- développer des activités de soins préventifs (santé maternelle, infantile, planning familial, vaccination, éducation pour la santé) ;
- initier et développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, Information, Education et Communication).

Il est prévu à l'**article 4** que « seules les associations déclarées ayant pour objet le développement de la santé communautaire dénommée Association de Santé Communautaire peuvent créer et faire fonctionner des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) ».

En outre, l'**article 6** dit que « l'Association de Santé Communautaire désirant créer un Centre de Santé Communautaire adresse une demande au Maire de la commune du lieu d'implantation du centre sous le couvert du Médecin Chef ».

Ce décret renforce en son article 8, le rôle du Maire dans le système de santé communautaire, en lui conférant la responsabilité de la délivrance de l'autorisation de créer le Centre de Santé Communautaire ou le retrait et fermeture du centre tout en reconnaissant la responsabilité technique du Médecin Chef de la commune dont l'avis favorable est requis.

Désormais, « l'Association de Santé Communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec le Maire de la commune du lieu d'implantation du Centre de Santé Communautaire » (article 10) en lieu et place de l'Etat, et « le Maire de la commune du lieu d'implantation décide de la fermeture du Centre de Santé Communautaire après consultation et avis technique du Médecin Chef du cercle ou de la commune du district de Bamako abritant le centre (article 19).

Pour éviter les « abus » et « attitudes conflictuelles » les conditions et les procédures de fermeture d'un Centre de Santé Communautaire sont définies à l'**article 29 du décret n° 05-299** en ces termes : « la fermeture du Centre de Santé Communautaire ne peut être décidée que si les conditions d'exploitation appréciées par rapport à l'état des

infrastructures, la qualité des équipements ou le niveau de qualification du personnel ne sont plus de nature à garantir la qualité des soins et la décision de fermeture ne peut être prise qu'après consultation du Médecin Chef territorialement compétent et du Préfet et après une mise en demeure écrite de l'Association de Santé Communautaire, restée sans suite pendant plus de trois (3) mois ».

2.5.5 Processus de Planification Sanitaire et Sociale :

La planification du développement socio-économique s'applique aux problèmes qui affectent le développement économique et social d'un pays et vise la réduction de ces problèmes et partant de cela l'amélioration du bien-être de la collectivité.

Les caractéristiques :

- Elle globalise et se rattache aux objectifs généraux de la politique économique et sociale.
- Son champ : c'est l'ensemble des secteurs de vie économique et sociale d'où le terme du programmeur sectoriel.
- L'approche de la planification sanitaire par programme dans le domaine de la santé publique est de plus en plus utilisée. Elle est d'ailleurs étroitement associée à la santé communautaire.

Les étapes de la planification sanitaire sont au nombre de huit (8) qui sont : [7]

- 1) l'identification des problèmes ;
- 2) l'établissement des priorités ;
- 3) la fixation des buts ;
- 4) la fixation des objectifs ;
- 5) la détermination des actions pour atteindre ces objectifs ;
- 6) la prévision des ressources requises ;
- 7) la fixation des objectifs opérationnels ;
- 8) la mise en œuvre du programme.

La dernière étape : l'évaluation fait partie intégrante du processus de planification qu'elle va successivement questionner.

L'évaluation permet de savoir si les objectifs sont atteints sinon il faut une nouvelle planification.

2.5.6 Processus de mise en place d'un CSCOM: [15]

2.5.6.1 La Création de l'Association de Santé Communautaire :

Toutes les premières associations de santé communautaire ont été créées au départ selon les dispositions de l'ordonnance n° 41/ P-CG du 28 mars 1959 relative aux associations.

Aujourd'hui, elles sont créées conformément aux dispositions de la loi n° 04-038 du 5 Août 2004 relative aux associations.

La demande de création est formulée par le président de l'ASACO. Elle est adressée au Maire de la commune du lieu d'implantation du CSCOM. Cependant l'article n° 5 du décret n° 05 – 299 P-RM du 28 juin 2005 précise les conditions à remplir : « pour être habilitée à créer et faire fonctionner un Centre de Santé Communautaire, l'Association de Santé Communautaire (ASACO) doit remplir les conditions ci-après :

- se conformer à la carte sanitaire du cercle de la commune ;
- être organisée en Association de Santé Communautaire, déclarée disposant d'un récépissé ;
- compter un nombre d'adhérents égal à au moins 10 % de la population de l'aire de santé ;
- être propriétaire ou affectataire, d'un site pouvant abriter un Centre de Santé Communautaire ou le cas échéant, disposer d'un local pouvant y servir ».

La convention assistance mutuelle, signée entre ASACO et le Maire de la commune du lieu d'implantation du Centre de Santé Communautaire, définit les engagements réciproques entre les deux (2) parties dans le cadre de la réalisation de la gestion du CSCOM.

L'article 11 du décret 05-299 du 28 juin 2005 précise que: « la convention définit les engagements réciproques de la commune et l'Association de Santé Communautaire notamment :

- ✓ les possibilités d'allocation de subventions pour le financement des activités de santé ;
- ✓ la contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du Centre de Santé Communautaire ;
- ✓ la dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipements et en moyens logistiques (matériel roulant) ;
- ✓ le financement des travaux de construction du Centre de Santé Communautaire ;
- ✓ le suivi et le contrôle de la gestion du Centre de Santé Communautaire ;
- ✓ le concours de l'Association de Santé Communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les catastrophes et les épidémies ».

Il faut noter que cette convention s'inscrit également dans le cadre des dispositions du **décret n° 02-314 / P-RM du 24 juin 2002**, fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités locales des nouvelles communes du District de Bamako.

Après la construction, l'équipement en matériels, en mobiliers, en médicaments et le recrutement du personnel se réalisent pour aboutir au lancement du Centre de Santé Communautaire.

Le lancement consiste à l'organisation des activités c'est-à-dire le PMA, à la formation du personnel et à la formation initiale des membres des organes de gestion de l'ASACO à la gestion communautaire du CSCOM.

Les éléments de la gestion communautaire du CSCOM sont :

- ◆ le fonctionnement des organes de l'ASACO conformément aux statuts et règlement intérieur ;
- ◆ la micro planification des activités ;
- ◆ le monitoring des activités ; la concertation et la négociation avec des partenaires dans le cadre du financement des activités promotionnelles et du développement communautaire.

Le lancement qui dure au moins 20 jours, constitue la dernière étape de la réalisation d'un CSCOM.

La Réalisation Physique du Centre de Santé Communautaire :

Le décret n° 05-299 / P-RM du 28 juin 2005, stipule en son **article 7** que « le dossier de demande de création du CSCOM comprend :

- ✚ une demande timbrée à **100 francs** ;
- ✚ la copie du récépissé de déclaration de la création de l'Association de santé communautaire ;
- ✚ trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'Association de Santé Communautaire ;
- ✚ une note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existants ou prévus ;
- ✚ un plan de financement du Centre de Santé Communautaire » ;
- ✚ elle doit être titulaire d'un récépissé, délivré par l'autorité administrative qui reçoit la déclaration.

2.5 .6.2 Le fonctionnement du Centre de Santé Communautaire :

La loi n° 04-038 définit les termes du partenariat entre l'association et l'Etat. **L'article 37** spécifie que « toute association régulièrement déclarée peut signer un accord-cadre avec l'Etat ». Cet accord-cadre est la reconnaissance juridique de l'existence légale et de l'autorisation données à l'association pour exercer au Mali.

L'article 38 précise les engagements de l'association et de l'Etat « l'accord-cadre précise les engagements des deux parties notamment :

- En ce qui concerne l'association signataire, l'engagement de se conformer à la politique de développement économique et social de la république du Mali, à intervenir par des actions concrètes dans des zones et domaines d'intervention précises suivant des modalités à déterminer de commun accord avec les collectivités territoriales ou les départements ministériels intéressés et à recruter du personnel national dans le cadre de la mise en œuvre de son programme.
- En ce qui concerne l'Etat, l'engagement de faciliter l'exécution de la mission de l'association signataire sur le terrain et de lui accorder des facilités fiscales et douanières dans le cadre de ses activités, le cas échéant ».

- Ces dispositions législatives régissent l'Association de Santé Communautaire qui doit signer un accord-cadre avec l'Etat, qui constitue un cadre juridique de référence commun à toutes les associations et ONG. En plus de cet accord chaque ASACO doit signer obligatoirement une convention d'assistance mutuelle avec L'Etat à travers la commune.
- Conformément aux statuts et règlements intérieurs en vigueur et aux modèles types élaborés par la FENASCOM, les organes de gestion des ASACO comprennent traditionnellement :
 - L'Assemblée Générale ;
 - Le Conseil d'Administration ;
 - Le Comité de Gestion.

Le fonctionnement de ces organes est défini dans les statuts et règlement intérieur de l'ASACO. Au terme des dispositions du décret n° 05 - 299 P-RM du 28 juin 2005 les organes de gestion prévus pour des ASACO et des CSCOM sont (**article 12**) :

- ✚ le Conseil d'Administration ;
- ✚ le Comité de Gestion ;
- ✚ la Direction Technique.

❖ ***L'Assemblée Générale :***

Le décret n° 05-299 P-RM du 28 juin 2005 a précisé que l'Assemblée Générale, élit le Conseil d'Administration, qui à son tour élira le comité de gestion. Ce décret détermine également les principes de fonctionnement de ces organes dont leur fonction est de développer et gérer la santé communautaire à travers le CSCOM.

Le décret n° 05-299 P-RM du 28 juin 2005 est muet sur les éléments de fonctionnement de l'Assemblée Générale. Il faut noter que l'Assemblée Générale est l'instance suprême de l'association. A ce titre, elle est chargée de :

- définir la politique générale de l'association ;
- fixer le montant des cotisations et de tarification des prestations ;
- décider des modifications des statuts ;
- élire les membres du Conseil d'Administration ;
- se prononcer sur les contrats et convention qui engagent l'association ;

- approuver le rapport de compte rendu sur le fonctionnement du centre ;
- faire toute proposition concernant l'organisation, la gestion et le développement des activités de l'association et elle charge le Conseil d'Administration de missions dans l'intérêt de l'association.

L'Assemblée Générale est composée de tous les adhérents en principe à jour au point de vue de cotisations. Elle se réunit une fois par an en session ordinaire et en session extraordinaire en cas de besoin.

Les statuts et le règlement intérieur déterminent les dispositions particulières du fonctionnement de l'ASACO.

❖ ***Le Conseil d'Administration :***

L'article n° 13 du même décret détermine les attributions du Conseil d'Administration comme suit : « Le Conseil d'Administration a pour mission de veiller au bon fonctionnement du Centre de Santé Communautaire. A ce titre, il est chargé :

- d'examiner et d'adopter les budgets – programmes annuels d'activités du Centre de Santé Communautaire ;
- de définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;
- d'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- de recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de Santé Communautaire ;
- de rendre compte à l'Assemblée Générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre de Santé Communautaire».

L'article n° 14 du même décret stipule que: « Le Conseil d'Administration se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin ».

Le décret n° 05 - 299 P-RM du 28 juin 2005 précise en son article n° 15 que « le Conseil d'Administration est élu par l'Assemblée Générale de l'association pour une durée de trois (3) ans renouvelables et qu'il comprend :

- Un Président ;
- Un Vice Président ;

- Un Secrétaire administratif ;
- Un Trésorier général ;
- Un Trésorier général adjoint ;
- Deux Secrétaires à l'organisation ;
- Deux Commissaires aux comptes ;
- Deux Commissaires aux conflits.

Sont membres de droit avec voix consultative :

- Le Préfet du cercle ou son représentant ;
- Le Maire de la commune ou son représentant ;
- Le Chef de quartier ou du village abritant le centre ;
- Le Chef du Centre de Santé Communautaire ;
- Le Médecin Chef du cercle ou de la commune.

Le Conseil d'Administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence ».

❖ **Le Comité de Gestion :**

Les attributions du Comité de Gestion sont définies par le décret n°05 – 299 P-RM du 28 juin 2005 en son article n° 16 comme ci-dessous : « Le comité de gestion veille à la bonne exécution des décisions du Conseil d'Administration. Il est chargé :

- ✚ du suivi de la gestion du Centre de Santé Communautaire ;
- ✚ d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre de Santé Communautaire ;
- ✚ d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ;
- ✚ de justifier auprès du Conseil d'Administration, les dépenses effectuées ;
- ✚ de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoin ».

L'article n° 17 du décret précise que : « élu par le Conseil d'Administration parmi ses membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend :

- Un Président ;
- Un Vice président ;

- Un Trésorier ;
- Un Commissaire au compte ;
- Le Chef du Centre de Santé Communautaire ».

❖ ***La Direction Technique :***

Le décret n° 05 – 299 P – RM du 28 Juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) en son article n° 18 définit que: « la Direction Technique du Centre de Santé Communautaire est assurée par un professionnel de la santé ayant au moins le niveau technicien de santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités techniques de l'air de santé ».

2.5.6.3 La Santé Communautaire dans le Cadre de la Décentralisation au Mali :

2.5.6.4 Les Compétences transférables à la Commune :

Dans le cadre des attributions du conseil municipal, l'article 14 de la loi n° 95-034 du 12 avril 1995 portant code des collectivités territoriales en république du Mali, stipule que « Le conseil communal règle par ses délibérations les affaires de la commune, notamment celles relatives aux programmes de développement économique, social et culturel.

Ainsi, il délibère entre autres sur la politique de création et de gestion des équipements collectifs notamment dans le domaine de la santé : les dispensaires, maternités, hygiène publique, l'assainissement et les Centres de Santé Communautaires.... ».

Le Maire autorise la création du CSCOM, par conséquent, il a le droit de veiller sur sa gestion. Ainsi, les compétences transférées sont définies par le décret n° 02-314 / P - RM du 04 juillet 2002, en son article 2 « les collectivités territoriales exercent les compétences ci-dessous indiquées en matière de santé :

Pour les communes du district de Bamako :

- l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de Développement Socio-sanitaire de la Commune (P.D.S.C) ;
- la construction / réhabilitation et l'équipement du Centre de Santé de Référence de la commune / CS Réf et de CSCOM ;
- le recrutement du personnel ;

- la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
- la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
- l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments ;
- l'élaboration et la révision de la carte sanitaire de la commune ;
- l'allocation de subventions aux Centres de Santé de Référence et aux CSCOM ;
- le contrôle du respect des engagements des ASACO de la commune ;
- le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières des structures de santé de premier et second niveaux au Directeur régional de la santé du District de Bamako ».

Le décret n° 05 – 299 du 28 juin 2005 définit les termes de partenariat entre l'ASACO et le Maire de la commune du lieu d'implantation du CSCOM dans le cadre de la mise en œuvre des compétences transférées. Ainsi, l'Association de Santé Communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec le Maire de la commune du lieu d'implantation du CSCOM.

2.5.6.5 L'Institution d'un Système de Partenariat entre l'ASACO et la Municipalité :

L'article 11 précise « La convention définit les engagements réciproques de la commune et de l'Association de Santé Communautaire, notamment :

- les possibilités d'allocation de subvention pour le financement des activités de santé ;
- la contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du Centre de Santé Communautaire ;
- la dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériel roulant) ;
- le financement des travaux de construction du Centre de Santé Communautaire ;
- le suivi et le contrôle de la gestion du Centre de Santé Communautaire ;

- le concours de l'Association de Santé Communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les catastrophes et les épidémies ».

Les domaines de la convention intègrent parfaitement les compétences transférées. Pour la mise en œuvre des compétences transférées, l'article 5 du décret n° 02-314 indique à ce propos : « l'Etat met annuellement à la disposition des communes, des cercles et des communes de Bamako sous forme de subventions affectées les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre des compétences transférées ».

Nous constatons avec aisance que le Paquet Minimum d'Activités du CSCOM couvre les compétences transférées au niveau communal qui correspond au premier niveau de la pyramide sanitaire. Il faut préciser enfin que **le décret n° 02-314** dit à son **article 6** que « les fonds générés par le système de recouvrement des coûts sont utilisés exclusivement pour le financement des activités de santé ».

III. CADRE ET METHODE D'ETUDE :

3.1 Cadre de l'étude:

Notre étude a été réalisée en commune I du District de Bamako au quartier Mèkin-Sikoro, ce qui apparut important de faire un aperçu général sur cette localité.

3.1.1. Présentation de La commune I de Bamako : [15]

La Commune I comme toutes les autres communes du District de Bamako a été créée par l'ordonnance n°7832 CMLN du 18 Août 1978 abrogée par la loi n° 96 -025 du 21 février 1997 fixant le statut spécial du district de Bamako. Elle est une collectivité administrative décentralisée disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière conformément aux dispositions de la loi n° 93- 008 du 11 février déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.

HISTORIQUE :

Le quartier de Mèkin-Sikoro est le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako auparavant créé par les Niaré. Pendant la période précoloniale Doumanzana était un village qui s'étendait de Woyowanko au marigot Banconi. A l'arrivée des Niaré, le village s'étendait du marigot tienkolé (korofina) au marigot de farakoba, il était géré par le droit coutumier. Plus tard furent créés les autres quartiers, Djelibougou dans le domaine coutumier de Doumanzana.

A la période coloniale le premier quartier créé par les colons dans la commune I fût Sotuba dans le domaine de Doumanzana. Durant cette même période Boukassoumbougou, Banconi-Konoumani s'implantèrent. Après la période coloniale les lotissements réalisés ont concerné les quartiers de: Korofina Nord, Djelibougou Extension, Doumanzana, Zone Razel.

A partir de 1970 une certaine anarchie s'est installée dans l'occupation de l'espace urbain provoquant la multiplication des quartiers spontanés dont Korofina -Sud, Fadjiguila, Doumanzana- Est.

En 1999 le démarrage des travaux de réhabilitation de Doumanzana, Fadjiguila, Banconi, Mèkin-Sikoro est devenu effectif par les opérations d'ouverture des voies.

☞ **TRAITS PHYSIQUES :**

Située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie orientale du district de Bamako la Commune I couvre une superficie de 34,24 km² soit 12,83 % de la superficie du district qui est de 267 km².

Elle est limitée au Nord par le cercle de Kati ; au Sud par le fleuve Niger à l'Ouest par la Commune II ; à l'Est par le cercle de Koulikoro.

Sa population est estimée à 297 206 habitants (Recensement de la population et l'habitat 1998).

La Commune I est divisée en neuf quartiers dont deux entièrement lotis (Korofina Nord, Djélibougou) et les autres partiellement lotis (Boukassoumbougou, Korofina Sud, Doumanzana, Fadjiguila, Mèkin-Sikoro, Banconi et Sotuba). La population est constituée de Bambara, Sarakolé, Peulh, Sonrhaï, Bobo Sénoufo etc.....

❖ **Relief :**

Il est caractérisé par des plateaux, de collines, de type granitique un sol accidenté de type latéritique. Les hauteurs dominantes sont : le Sikoro coulou situé à Mèkin-Sikoro ; le djécoulouni à Doumanzana ; le Sirabilenogo coulou à Nafadji et le Chocoro coulou à Nafadji.

❖ **Végétation :**

Elle est de type soudano sahéenne dominée par des arbres comme : le caillédra, le Karité, les manguiers.....

❖ **Climat :**

Il est sahéen et se caractérise par :

- Une saison sèche : dominée par la fraîcheur de novembre à février et la chaleur de Mars à Mai.
- Une saison humide : qui s'étend de Juin à Octobre dominée par des pluies.

❖ **Hydrographie :**

La commune I est traversée par les marigots suivants :

- le marigot Banconi long de 7 km environ est situé à l'Ouest des quartiers de Banconi et Mèkin-Sikoro.
- le marigot tienkolé long de 5 km environ est situé entre Korofina et Banconi et joint le Banconi au niveau de l'usine ITEMA.
- le marigot molobalini long de 6 km environ est situé entre Djélibougou et Korofina.
- le marigot Farakoba long de 6 km environ limite le district de Bamako au Nord-est et passe entre Titibougou et Boukassoumbougou.

☞ *ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELS :*

❖ *L'économie de la commune :*

Elle est basée sur trois secteurs à savoir :

- a) le secteur primaire : agriculture (surtout le maraîchage), pêche et élevage.
- b) le secteur secondaire : la petite industrie alimentaire, artisanat.
- c) le secteur tertiaire : le commerce et le transport.

Pour le secteur Primaire, le maraîchage constitue l'activité dominante et occupe une grande partie de la population de la Commune I. Il est pratiqué le long du chemin de fer Bamako-Koulikoro.

Dans le secteur secondaire on note la présence de nombreux artisans repartis entre plusieurs corps de métiers. L'activité artisanale est dominée par la mécanique et la menuiserie métallique. Les activités industrielles sont quasi inexistantes à l'exception de quelques boulangeries, quelques unités de production d'aliment bétail et une fabrique de glace alimentaire.

Quant au tertiaire le commerce (gros et petit) est pratiqué le long de la route Bamako Koulikoro.

En ce qui concerne la communication les voies de communications sont essentiellement :

- la route RN14 ou route de Koulikoro avec éclairage public.
- La rue pavée qui relie la RN14 au marché de Fadjiguila.
- La rue 251 reliant la RN 14 au lycée Fily Dabo Sissoko.
- La desserte de Banconi allant de la RN14 traverse tout Banconi.

- Deux autres voies traversent toute la Commune I d'Ouest en Est (du quartier de l'Hippodrome en commune II) jusqu'au marché de Boukassoumbougou dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public.
- A l'intérieur des quartiers, les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse.

La Commune I possède un réseau téléphonique urbain avec un central téléphonique à Djélibougou lié au central de Bamako. Elle dispose d'un réseau d'adduction d'eau, mais la plupart de la population s'approvisionne en eau de puits.

☞ *ASPECT ENVIRONNEMENTAL :*

❖ *Assainissement :*

De nombreux problèmes se posent à la commune.

- l'insuffisance de dépotoirs officiels aménagés ;
- la prolifération des dépôts d'ordures anarchiques ;
- l'insuffisance de caniveaux ; les caniveaux existant pour l'évacuation des eaux pluviales sont mal entretenus par les populations ; les eaux usées ménagères sont évacuées soit dans les puisards soit dans les caniveaux ou soit sur la voie publique.
- Près de 30 % des concessions de la commune ont un puisard défectueux surtout dans les quartiers semi lotis.

Le ramassage des ordures est assuré par des GIE et cela de porte en porte vers les dépôts de transit. Ces GIE rencontrent également des problèmes pour leur bon fonctionnement : difficultés de recouvrement des frais de prestation, mauvais comportement des charretiers...

☞ *ORGANISATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE :*

La Commune I comprend neuf quartiers et dirigée par un conseil municipal de quarante un membres élus, à la tête duquel se trouve le Maire de la commune assisté de cinq adjoints. Tous les services décentralisés de l'Etat sont représentés en Commune I. On rencontre à travers la commune plus d'une quarantaine de partis politiques y compris les indépendants.

❖ *Le domaine de l'Habitat :*

Il est utile de noter:

- L'habitat spontané qui se caractérise par la précarité et se rencontre dans les zones semi lotis.
- L'habitat administré où les maisons sont réalisées après l'obtention du permis de construire délivré par l'administration dans les zones loties.
- L'habitat planifié : ce sont des maisons programmées et réalisées par des sociétés et promoteurs immobiliers. Les constructions sont en général de type traditionnel.

❖ ***Le domaine culturel et religieux :***

Trois religions se côtoient, la religion musulmane, chrétienne et animiste. Les mosquées et les églises se multiplient partout dans la commune. Il faut signaler que l'Islam est la religion dominante.

Il existe dans la commune le centre culturel « MUSO KUNDA », des radios privées, un centre d'écoute pour les enfants surtout en situation difficile, un centre d'animation pour enfants.

❖ ***Le Domaine de l'Education :***

Dans la commune on enregistre : cinquante (50) écoles publiques, vingt quatre (24) (50) medersas, quatorze(14) jardins d'enfants communautaires, cinquante une (51) écoles communautaires et privées, dix (10) écoles secondaires dont sept(7) **professionnelles et trois(7) lycées.**

❖ ***Le Domaine de la Santé :***

La commune I est dotée d'un Centre de Santé de Référence et de neuf Centres de Santé Communautaires à côté desquels il y a trente trois (33) cliniques privées et des pharmacies privées pour assurer la santé des populations. Il est recensé dans la commune deux cent quatre (204) intervenants dans le traitement traditionnel.

Les affections les plus courantes rencontrées sont les maladies diarrhéiques et le paludisme.

❖ ***Un commissariat et trois postes de police (Banconi, Mèkin-Sikoro,***

Boukassoumbougou) assurent la sécurité des populations de la commune.

❖ *Les partenaires de la commune sont entre autres :*

- le ministère de la santé à travers le PRODESS ;
- le ministère du développement social ;
- tous les ministères représentés dans la commune par leurs services décentralisés
- OMS, UNICEF, Coopération Française, Coopération Néerlandaise.
- ONG nationales et internationales telles SECAMA, CECI, WARTER AID JIGI, la SNV, PDUB, GAIA, Djekafo, Siguida Kénéjali etc.
- LES ASACO ;
- Les GIE.

Les structures publiques :

- un service social
- une brigade d'hygiène ;
- une officine de la pharmacie populaire ;
- un dispensaire de l'IN PS à Sotuba ;
- un dispensaire du chemin de fer : ateliers centraux de Korofina sud ;
- Un Centre de Santé de Référence occupant le 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays.

3.1.1 Présentation du quartier de Mèkin-Sikoro :

Mèkin-Sikoro couvre une superficie de 9,39 km². Le quartier est limité à l'Est par Banconi, au Nord par Dialakorodji, au Sud par l'Hippodrome et à l'Ouest par N'Gomi.

☞ HISTORIQUE :

Il tire son nom d'un arbre dénommé « SI » qui signifie karité. Le fondateur du village de Mèkin-Sikoro du nom de Diamoussadjan Niaré serait venu de Lambidou Soma Niakaté dans le cercle de Diéma.

Au cours d'une promenade de chasse, il découvrit le site où se trouvaient trois plantes de karité. Il accrocha son sac à la première plante, ses armes de guerre à la seconde et il alla s'asseoir sous la troisième.

Attiré par cette place, il décida de fonder un village. Bien avant il s'installa à Mèkin situé à 6 km du site découvert puis à Ginkoumé laissant derrière lui ses enfants à Mèkin.

Au dire des autorités du quartier Djamoussadjan Niaré venait passer de temps en temps une année à Mèkin-Sikoro avant de rejoindre ses enfants à Mèkin et à Tomo où il s'installa aussi pour un bout de temps.

En réalité, il faut dire que ce sont les arrières petits fils de Djamoussadjan Niaré qui s'installèrent définitivement à Mèkin-Sikoro lui conférant du coup le statut de village.

Selon l'histoire tous les Niaré de Bamako seraient partis de Mèkin-Sikoro qui était considéré à l'époque comme le centre du pouvoir.

Depuis sa création, le quartier de Mèkin-Sikoro a connu sept (7) chefs qui se sont succédés à la chefferie à savoir :

- Kamory Niaré 1^{er} chef de quartier régna pendant37 ans
- Sériba Niaré.....40 ans
- Boh Niaré :.....30 ans
- Bakoroba Niaré :35 ans
- Bandiougou Niaré :..... 27 ans
- Ballé Niaré :.....7 ans
- Mamadou Niaré : (actuel chef depuis 1970).....38 ans

A Mèkin-Sikoro la succession à la chefferie se fait de façon patriarcale.

☞ **TRAITS PHYSIQUES :**

❖ **Le climat :**

Le climat est de type soudanien caractérisé par une saison pluvieuse qui s'étale de Juin à Octobre et par une saison sèche de Novembre à Mai.

❖ **La végétation :**

Elle est soudano-sahélienne dominée par les grands arbres tels que le Karité, le caillédra, les manguiers etc... Cependant, à côté de ces espèces locales, il existe quelques espèces exotiques constituées généralement de Neem, d'écalyptus, de prosopis et de parkinsonia. Il existe une importante superficie de manguiers.

❖ **Le relief :**

Le relief du quartier est très accidenté constitué essentiellement de collines (la colline de Koulouba et celle de Sikoro appelée communément « Sikoro Kulu »).

❖ **L'hydrographie :**

Le quartier est traversé par deux marigots qui prennent leur source à Samé. Les berges de ces marigots constituent le lieu de maraîchage pour les populations de Mèkin-Sikoro surtout les femmes.

❖ **L'environnement :**

Le non respect du plan de réhabilitation soulève un problème environnemental du à l'insalubrité caractérisée par l'inexistence de caniveaux pour l'évacuation des eaux de ruissellement.

Le manque de dépôts de transit dans le quartier favorise la prolifération des déchets solides et demeure une source de maladies (choléra, dysenterie, paludisme etc.).

❖ **La démographie :**

La population de Mèkin-Sikoro est estimée à 39 948 habitants. Les principales ethnies qu'on rencontre sont : Bambara, Dogon, Songhoï, Sarakolés, Senoufo, Peulhs, Malinkés, Bobo, Maures...

La couche juvénile est très importante au niveau de la population. Mèkin-Sikoro est un quartier dortoir composé essentiellement d'ouvriers, d'agriculteurs et de quelques fonctionnaires. Les patronymes rencontrés sont : Niaré, Traoré, Diarra, Coulibaly, Guido...

☞ *ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES ET CULTURELS :*

❖ *Les Activités Economiques :*

Le Secteur Primaire:

Mèkin-Sikoro étant un quartier périphérique, l'agriculture y est surtout pratiquée par les notables. Le maraîchage est essentiellement pratiqué par les femmes sur les berges des marigots. On y cultive les plantes suivantes : choux, tomate, gombo, oignon, piment, etc. L'activité de maraîchage constitue une source de revenus pour les exploitantes. L'élevage y est timidement pratiqué dans le quartier.

Le Secteur secondaire :

- Le commerce : il est basé sur le secteur de l'économie de subsistance qui est très développée. Le quartier dispose d'un marché qui ne répond pas aux normes requises.
- L'industrie : le quartier de Mèkin-Sikoro ne dispose d'aucune infrastructure industrielle.

Le Secteur tertiaire :

Les caisses d'épargne et de crédits (Nyèsigiso et Miselini) appuient les populations du quartier dans le cadre de la promotion des activités génératrices de revenu.

❖ *Domaine de l'Hydraulique :*

L'approvisionnement en eau est assuré par l'exploitation de 19 bornes fontaines (18 bornes privées et une borne publique) et 8 puits à grands diamètres. Malgré le nombre élevé de ces infrastructures certains secteurs du quartier souffrent d'une insuffisance d'eau potable due à la nature du relief qui fait que le débit est très faible au niveau des bornes fontaines (secteurs de Sourakabougou et plateau).

❖ *Les Voies et Moyens de Communication :*

Le quartier est traversé par deux routes bitumées dont une en provenance de Banconi et l'autre du quartier Hippodrome. En dehors de ces deux routes le quartier, est difficilement accessible surtout pendant l'hivernage.

On note aussi la présence de deux syndicats de transporteurs routiers dans le quartier. Par ailleurs le quartier est desservi par les moyens de transports collectifs tels que les Sotramas et les bus « Bani -Transport ».

Dans le domaine de la communication téléphonique le quartier dispose de huit cabines téléphoniques de la SOTELMA et les réseaux téléphoniques Orange-Mali et MALITEL.

3.1.1.2 Présentation du CSCOM de Mèkin-Sikoro :

3.1.1.2.1 Création et Présentation du CSCOM de Mèkin-Sikoro:

Le Centre de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro est le fruit d'une heureuse coopération de l'O.N.G –IAMANEH - SUISSE.

Il a été officiellement créé le **08 Mars 1993**. Son rayon d'intervention couvre le quartier de Mèkin-Sikoro. Aussi il profite aux populations d'autres quartiers.

Infrastructures et Equipements :

Le CSCOM de Mèkin-Sikoro comprend un étage :

Un Dispensaire au rez-de-chaussée avec:

- deux(2) salles de consultations ;
- une(1) salle de pansements ;
- une(1) salle d'injections ;
- une(1) salle d'observation pour traitement ambulatoire équipée de huit(8) lits.
- une(1) véranda ;
- un(1) dépôt de médicaments essentiels (pharmacie) ;
- trois (3) armoires métalliques ;
- quatre (4) tables – bureaux ;
- des chaises ;
- deux (2) fauteuils demi –ministres ;
- Deux(2) toilettes dont une (1) interne et une externe collective ;
- trois (3) tables de consultation.

A l'étage :

- une salle de réunion nommée salle Araba Traoré ;
- une toilette interne ;
- une deuxième pharmacie prévue pour la dispensation des ARV.

Une Maternité :

Elle comporte:

- une(1) salle de consultation pour sage femme (salle de CPN)
- une(1) salle d'accouchement équipée de trois(3) tables ;
- une(1) salle d'attente ;
- une (1) salle de repos pour les accouchées ;
- une(1) salle d'observation pour accouchées équipée de sept (07) lits ;
- une(1) salle de garde avec véranda ;
- des panneaux solaires pour l'électrification ;
- un (1) grand hangar pour les séances de vaccination ;
- un(1) réfrigérateur électrique fonctionnel pour le maintien des vaccins à froid ;
- deux(2) latrines dont deux pour le dispensaire et deux pour la maternité ;
- une(1) chambre pour le gardien.
- une moto opérationnelle.

Les locaux du CSCOM sont bâtis en dur. Malgré tous ses efforts, le CSCOM connaît une insuffisance d'équipements.

3.1.1.2.2 Organisation du CSCOM de Mèkin-Sikoro :

Le personnel du CSCOM est composé du personnel d'appui technique (dont un Médecin, une Infirmière, deux Sages femmes, une Laborantine, six Matrones, une Gérante pharmacienne une Comptable, un Gardien).

Il est organisé comme suit :

- **Le Médecin** est le responsable du centre et assure les consultations, le traitement des maladies courantes et la gestion des supports.
- **Les deux Sages femmes** assurent les accouchements, les Consultations Périnatales, le Planning familial, les consultations pour enfants sains et les consultations gynécologiques.

- **L'Infirmière** assiste le Médecin et le remplace en cas d'absence.
- **La Laborantine** effectue les analyses de laboratoire.
- **La Gérante** (pharmacienne) s'occupe de la vente des médicaments.
- **Six Matrones** assistent les Sages - femmes et assurent aussi la vaccination et la garde ;
- **Le Gardien** assure la sécurité des biens et l'entretien des locaux.

3.1.1.2.3 Activités du CSCOM :

Les activités du CSCOM sont les suivantes :

☞ *Curatives :*

- les consultations (curative, prénatale, post natale, gynécologique)
- l'accouchement ;
- les soins (injection, perfusion, pansement, suture.....)
- la lutte contre le VIH / SIDA, le paludisme et autres maladies.

☞ *Préventives :*

- la vaccination des enfants par les antigènes (Ag) du Programme Elargi de Vaccination avant l'âge d'un (1) an ;
- la vaccination des femmes enceintes et celles en âge de procréer par l'anatoxine tétanique ;
- les Consultations Périnatales ;
- les Consultations Postnatales ;
- les accouchements ;
- la surveillance préventive des enfants de zéro (0) à vingt trois (23) mois ;
- le suivi régulier des malades chroniques et des sujets à risque ;
- la Planification familiale.

☞ *Promotionnelles*

Concernent :

- l'Information, l'Education et la Communication en Santé (IECS) ;
- la promotion des activités d'hygiène et d'assainissement ;
- la promotion des activités de développement communautaire.

☞ *Activités d'examen para cliniques :*

- Sang : goutte épaisse (GE), TDR, Widal, glycémie, Urée, Créatininémie, Hbs, BW, TE, Hb, Groupage/Rhésus ; toxoplasmosse, selles POK sérologie HIV et typage ;
- Urine: Test HCG, ECBU; albuminurie, glucosurie;
- Crachat : recueilli et acheminé au Centre de Santé de Référence de la Commune I (CS Réf CI).

3.1.1.2.4 Mécanisme de Gestion :

Le CSCOM représente l'unité technique opérationnelle de l'ASCOMSI. L'ASACO est gérée par deux organes démocratiquement mis en place par l'Assemblée Générale qui sont : le Conseil de Gestion et le Comité de Gestion. Comme tous les autres CSCOM, son fonctionnement est basé sur les ressources humaines, matérielles et financières.

☞ *Le Conseil d'Administration :*

Le Conseil d'*Administration* est l'organe de gestion du CSCOM. Ses membres sont élus par l'Assemblée Générale parmi les adhérents. Il se réunit tous les trois mois en session ordinaire et peut se réunir en session extraordinaire selon le besoin. Il exerce les pouvoirs nécessaires à l'exécution de la politique qui est définie par l'Assemblée Générale. A ce titre il est chargé de :

- convoquer les réunions ordinaires et extraordinaires de l'Assemblée Générale qui sont dirigées par son Président ;
- proposer le programme d'activités et le budget annuel du CSCOM à l'Assemblée Générale ;
- communiquer les décisions de l'Assemblée Générale au comité de gestion et veiller à leur exécution.
- Le conseil de gestion est composé de deux représentants de chaque localité et quartier de l'aire de santé.

☞ *Le Comité de Gestion :*

Le comité de gestion est l'organe d'exécution quotidienne du programme annuel du Centre de Santé Communautaire. Ses membres sont élus par l'Assemblée Générale au même titre que le conseil de gestion. Il se réunit en session ordinaire une fois par mois et peut également se réunir en session extraordinaire en cas de besoins.

A ce titre il a pour mandat de :

- tenir les documents comptables du CSCOM ;
- ordonner, effectuer ou déléguer et justifier ;
- approuver, exécuter, et réceptionner les commandes de médicaments et fournitures établies par le dépositaire et avalisées par le Chef de poste ;
- veiller à l'entretien et à la réparation des bâtiments et équipements ;
- préparer et remettre au conseil de gestion le rapport d'activités, le programme et le budget annuel du centre.

Le comité de gestion est composé de six (6) membres dont le Chef de poste.

☞ *Les Ressources du CSCOM :*

Les ressources du CSCOM sont constituées de recettes générées par :

- les consultations curatives, pré et postnatales ;
- les accouchements ;
- les vaccinations ;
- les Soins ;
- la vente de médicaments ;
- la vente des cartes de membres.

3.2. POPULATION D'ETUDE : ECHANTILLONNAGE

3.2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION :

La population d'étude concerne l'ensemble des habitants vivant dans l'aire de santé de l'ASACOMSI. Les unités statistiques (unités d'observation) sont représentées par les adultes, hommes et femmes présents au moment de l'étude, le personnel du centre et les membres du Conseil d'Administration.

3.2.2. DESCRIPTION ET EFFECTIF DE L'ECHANTILLON :

Pour mener cette étude deux (2) types d'enquêtes ont été effectués dont :

3.2.2.1. Une enquête rétrospective :

Elle est basée sur l'étude des activités menées par le centre de santé de l'ASACOMSI du 1er Janvier 1998 au 31 Décembre 2007.

La collecte des données a été effectuée à partir des registres d'activités du centre. Elle permet de mesurer le volume d'activités réalisées par le centre de santé.

3.2.2.2. Une enquête prospective :

Deux types d'études réalisées au plan prospectif :

- ✓ *Une enquête exhaustive* adressée au personnel du Centre de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro et à l'ensemble des membres du Conseil d'Administration de l'ASACOMSI.
- ✓ *Une enquête CAP* (Connaissance, Attitude et Pratique) auprès d'un échantillon représentatif de la population de la zone d'influence du centre de santé de l'ASACOMSI en 2007.

Pour cela un échantillonnage par tirage systématique a été réalisé à partir de la liste administrative de l'ensemble des habitants et des concessions de la zone d'influence recueillies auprès de la Mairie de la commune I. Dans chaque concession choisie ont été interrogées toutes les personnes adultes (hommes et femmes) jusqu'à l'obtention de l'effectif requis. La population adulte et le nombre de concessions de la zone d'influence de l'ASACOMSI ont été respectivement estimés à 18 987 habitants et à 1130 concessions (RASE et DNSI 2001)

L'échantillon est donné par la formule suivante :

$$n = Z^2 PQ/I^2$$

n= taille de l'échantillon

Z= paramètre lié au risque d'erreur (Z=1,96 pour un risque d'erreur de 5 %

P= prévalence attendue du phénomène étudié dans la population, elle est exprimée en fraction de 1.

Q=1-P, prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1.

I= précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en fraction de 1 et évaluée à 0,05.

La fréquentation est estimée à 10 652 habitants, la prévalence attendue est de 56%;

On a alors : $n = 2^2 \times 0,56 \times 0,52 / (0,05)^2 = 466$ cas.

Le nombre de concessions à visiter est donné par : $18\ 987 / 466 = 41$ concessions.

Le pas de sondage : $1130 / 41 = 28$.

Donc partant de la concession portant le chiffre (1) on ajoute chaque fois au chiffre précédent le chiffre 28 jusqu'à la 41^{ème} concession choisie sur la liste administrative.

3.2.2.3. Critères d'inclusion :

Sont à inclure dans cette étude tout adulte (hommes et femmes ayant au moins 18 ans), de nationalité malienne et résidant à Mèkin-Sikoro.

3.2.2.4. Critères d'exclusion :

Il s'agit de :

- ❖ sujets jeunes (< 18 ans) ;
- ❖ sujets non maliens ;
- ❖ sujets résidant en dehors de l'aire de santé ou en court séjour dans celle-ci.

3.2.2.5. Type d'étude :

Notre étude est rétrospective et transversale.

3.2.2.6. Période d'étude :

La période d'étude s'étend *du 1^{er} Janvier 1998 au 31 Décembre 2007.*

3.2.2.7. Plan de collecte des données :

La collecte des données a été effectuée à partir :

- ❖ des registres des différentes activités menées par le centre de santé ;
- ❖ des supports de gestion ;
- ❖ des questionnaires adressés au personnel du centre, aux responsables de l'ASACO et à la population de l'aire de santé.

3.2.2.8. Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel Epi-Info6.

3.2.2.9. Considérations éthiques :

Toutes les informations recueillies ont été obtenues par consentement volontaire des participants à l'étude. Aucune contrainte ne leur a été imposée.

IV.RESULTATS

4.1 PROCESSUS DE CREATION DE L'ASACOMSI ET DU CSCOM :

L'ASACOMSI fait suite à une case sanitaire qui fut créée par quelques notables et hommes politiques de Mèkin-Sikoro pendant la 2^{ème} république. Et cela, pour palier les évacuations pénibles des femmes enceintes sur les centres de santé, notamment sur la PMI de Missira (actuel CSREF CII) et l'Hôpital Gabriel Touré devenu CHU.

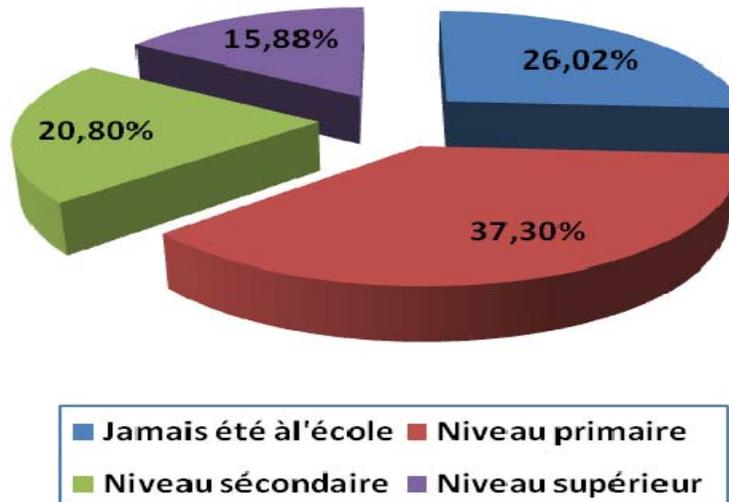
L'idée de la mise en place de l'ASACO est venue de deux dames : une infirmière à la retraite du nom de Mme Adam Traoré, et de Mme Araba Traoré (l'une des pionnières de la case sanitaire).

Après sa retraite, inspirée de l'exemple de la population de Banconi (quartier voisin) la regrettée dame s'est jointe aux promoteurs de la case sanitaire. En 1993 Après création de l'ASACO ils bénéficieront de la confiance de **I'O.N.G-IAMANEH -SUISSE** qui décida de construire trois bâtiments et de les équiper.

Madame Adam Traoré devint alors la première présidente du CA de l'ASACOMSI. Ailleurs il est à noter que la mise en place des organes de l'ASACO n'a été effective qu'en 2006 sous la Direction de l'actuel bureau.

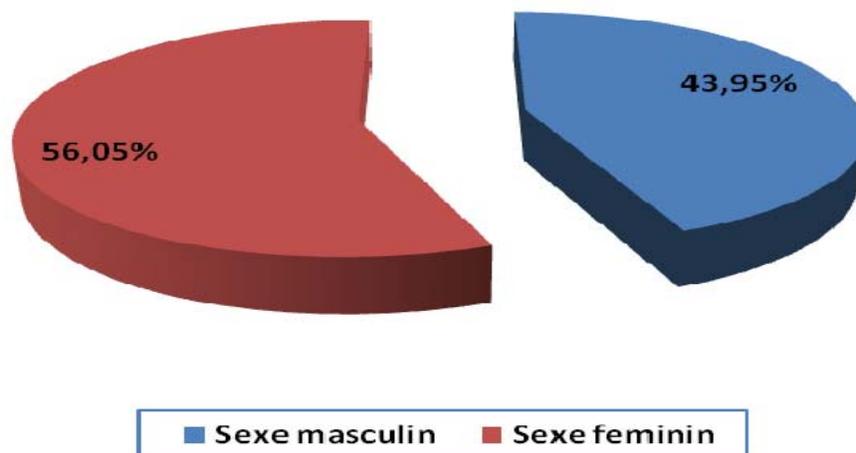
4.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-CULTURELLES DES POPULATIONS

Figure I : Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction.

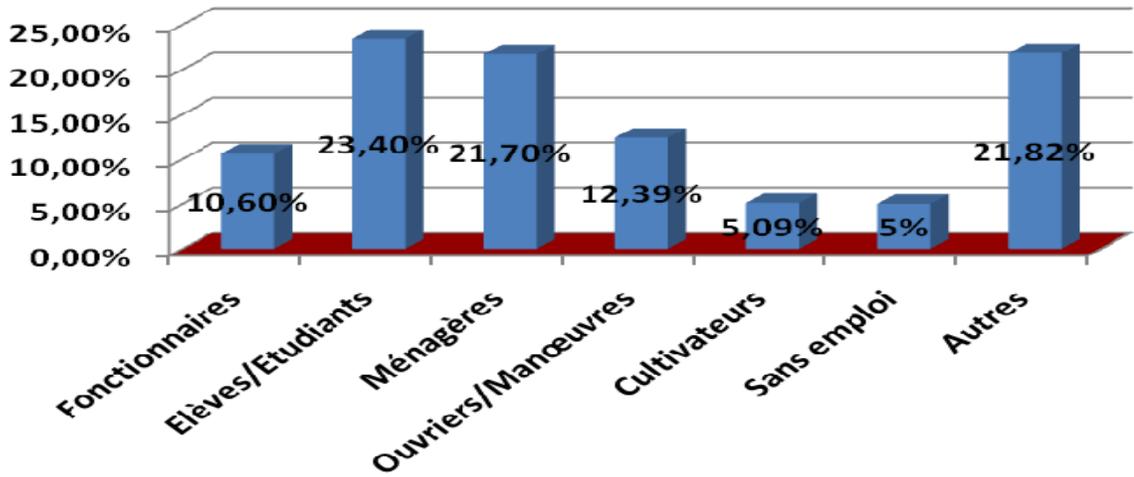


Les 37,3% des interrogées ont le niveau primaire.

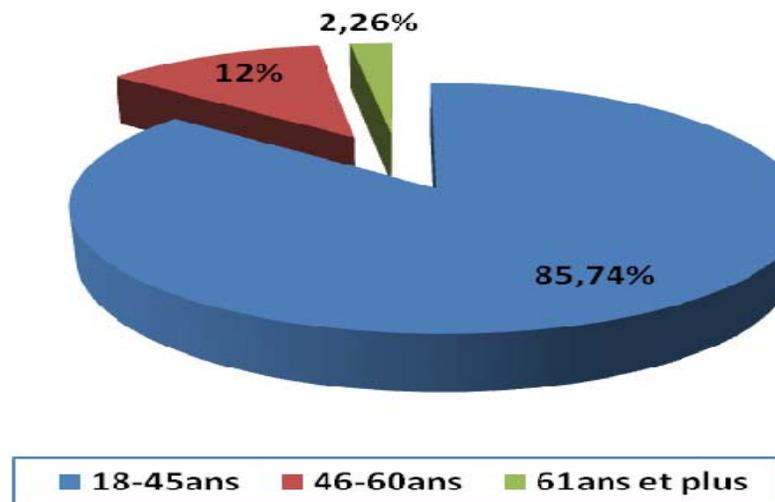
Figure II : Répartition de la population enquêtée en fonction du sexe.



La population enquêtée est constituée de 56,05% de femmes.

Figure III : Répartition de la population enquêtée selon leur principale occupation.

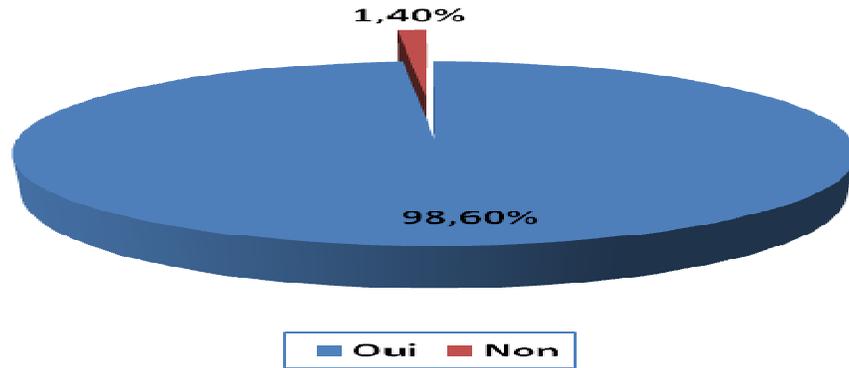
Dans notre étude, les élèves et étudiants sont les plus nombreux (23,40%).

Figure IV : Répartition de la population enquêtée en fonction des tranches d'âge.

La tranche d'âge 18-45ans prédomine et représente 85,74% des interrogées.

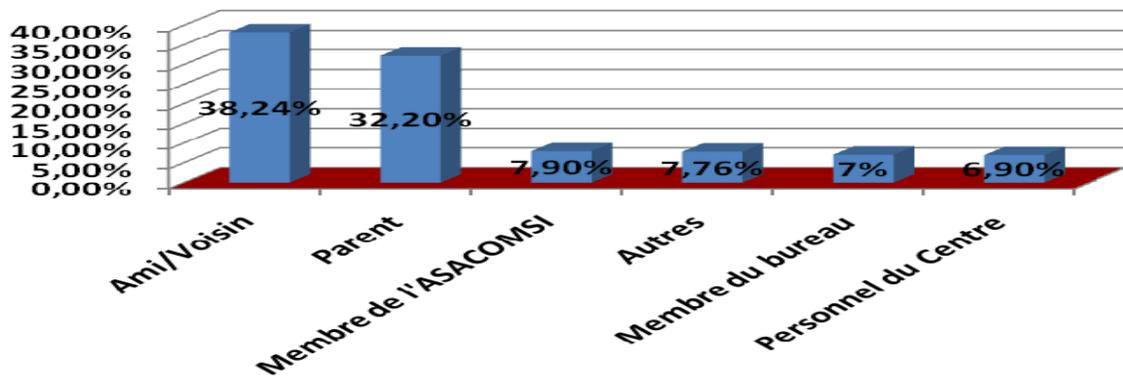
4.3 CONNAISSANCE DE L'ASACOMSI ET DU CSCOM PAR SON PERSONNEL TECHNIQUE ET SA POPULATION :

Figure V: Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de l'ASACOMSI.



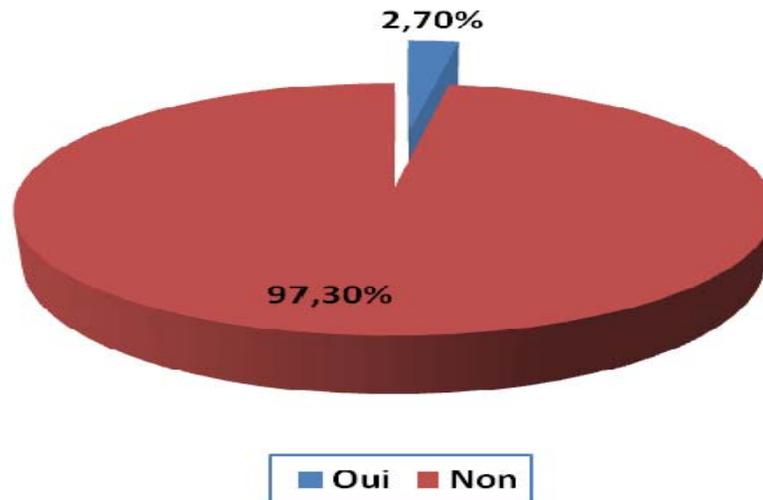
Parmi les interrogées 98,60 % ont entendu parler de leur association de santé Communautaire.

Figure VI : Répartition de la population enquêtée selon leur source d'information sur L'ASACOMSI.



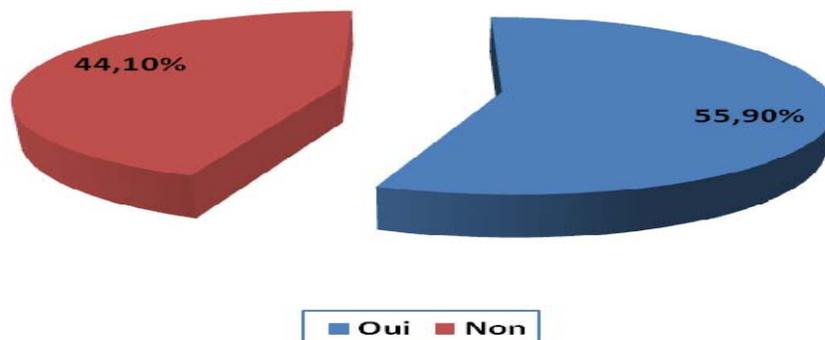
Notre enquête montre que 38,24 % des interrogées ont été informées de l'existence du CSCOM par un ami ou un voisin.

Figure VII : Répartition de la population enquêtée selon leur assiduité à l'assemblée Générale de l'ASACOMSI.



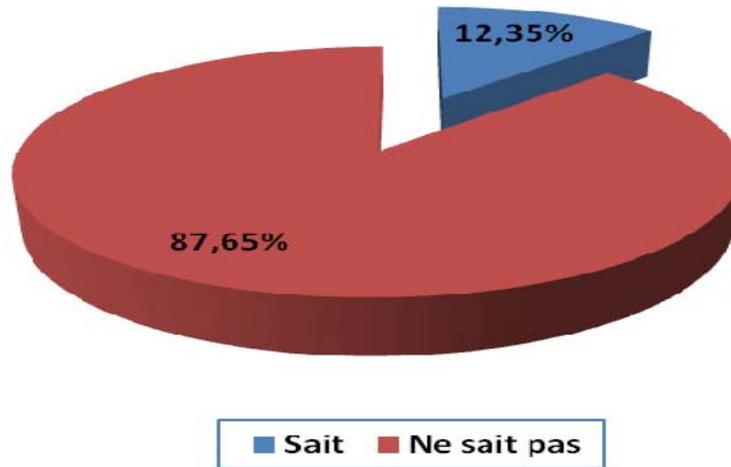
Seulement 2,7% de l'échantillon ont assisté à une Assemblée Générale de l'ASACOMSI.

Figure VIII : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance d'un membre du bureau de l'ASACOMSI.



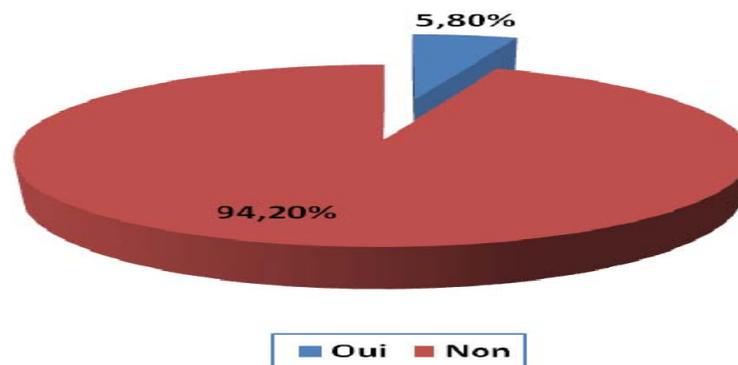
Notre étude montre que 44,10% des personnes interrogées connaissent au moins un membre du Conseil d'Administration.

Figure IX : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du bénévolat des membres du bureau.



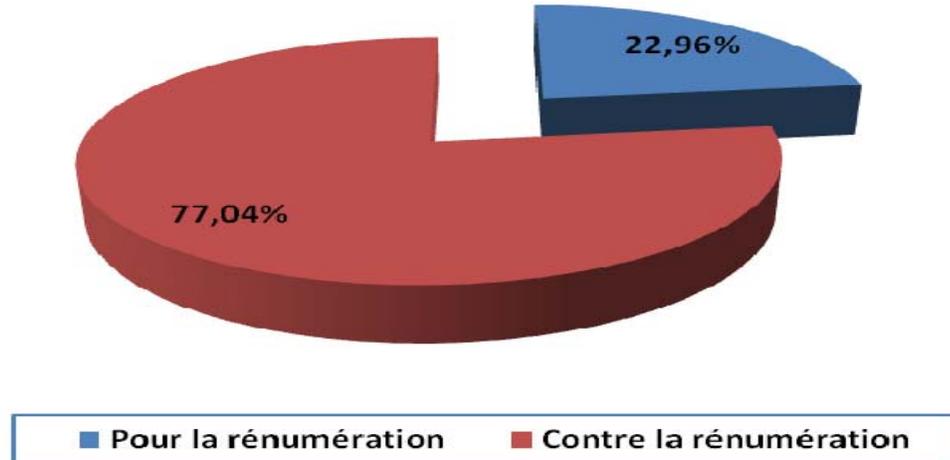
Parmi les enquêtées 87,65 % ne savent pas que les membres du bureau sont bénévoles.

Figure X : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance d'un membre du comité de gestion.



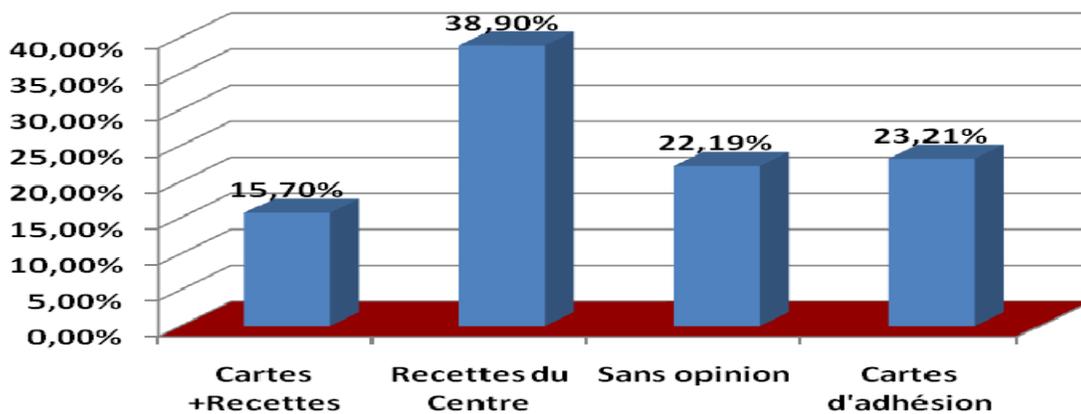
Au total, 94,20% des interrogées ne connaissent aucun membre du comité de gestion de l'ASACOMSI.

Figure XI : Répartition de la population enquêtée selon la rémunération des membres du bureau.



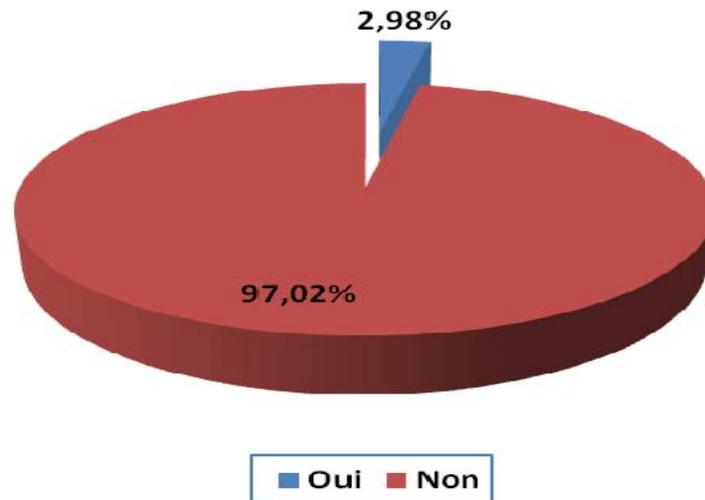
Dans la population enquêtée, seulement 22,96% sont pour la rémunération des membres du bureau.

Figure XII : Répartition de la population enquêtée en fonction du mode de rémunération des membres du bureau.



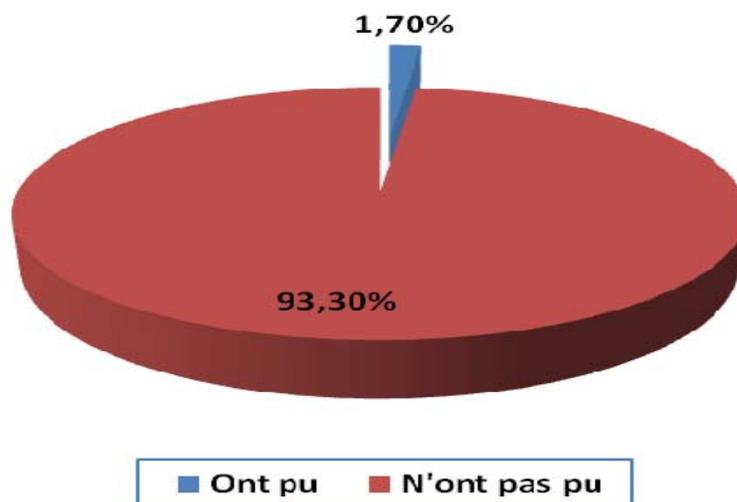
Les 38,90% des enquêtées suggèrent une rémunération des membres du bureau sur l'ensemble des recettes du centre.

Figure XIII : Répartition de la population enquêtée par rapport à leur adhésion à l'ASACO.



Dans l'échantillon enquêté, le taux d'adhésion à l'ASACOMSI est seulement de 2,98%.

Figure XIV : Répartition de la population enquêtée selon leur capacité de faire adhérer d'autres à l'ASACOMSI.



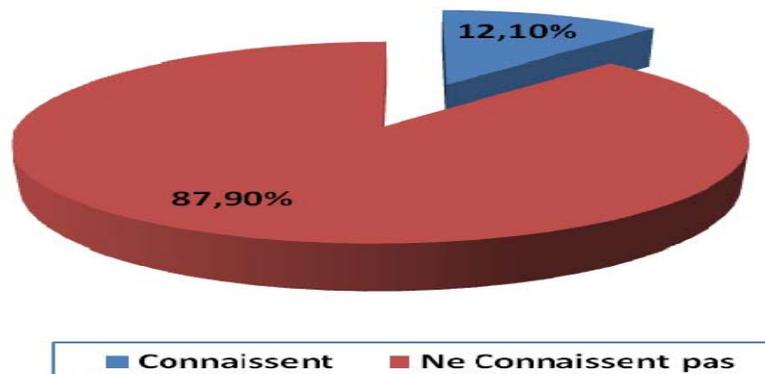
Seulement 1,7% ont pu sensibiliser d'autres personnes à adhérer à l'ASACOMSI.

Figure XV : Répartition des adhérents par rapport au renouvellement régulier de leur carte.



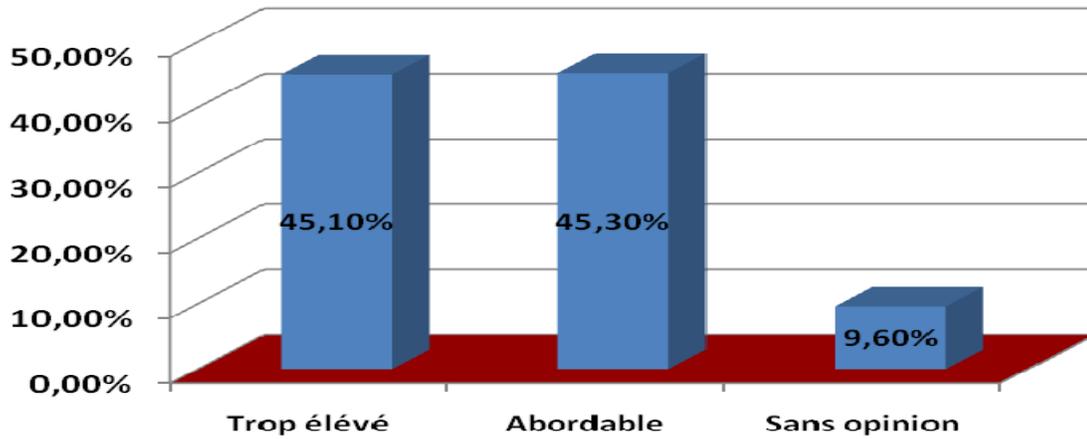
Aucun adhérent n'a eu à renouveler sa carte de membre depuis 2005.

Figure XVI : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif d'adhésion.



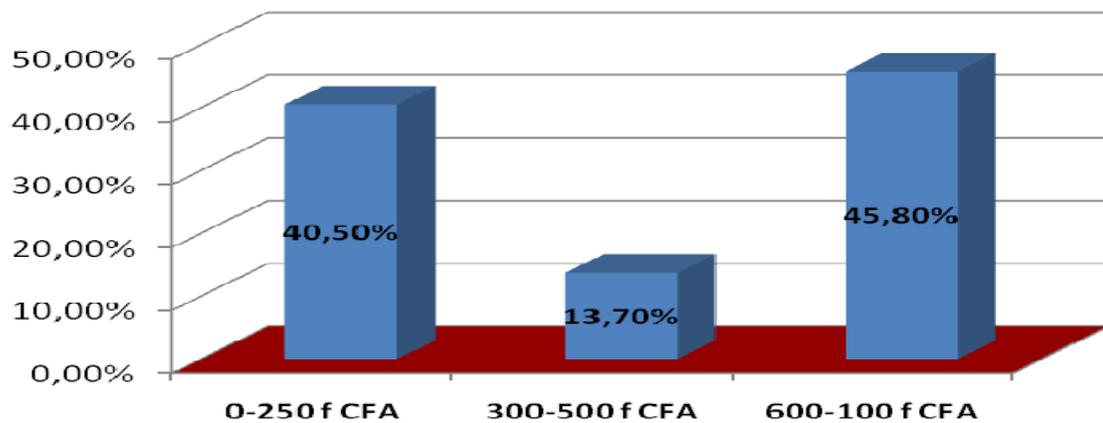
Le tarif d'adhésion n'est connu que par 12,10% de la population enquêtée.

Figure XVII : Répartition de la population enquêtée par rapport à l'appréciation du tarif d'adhésion.



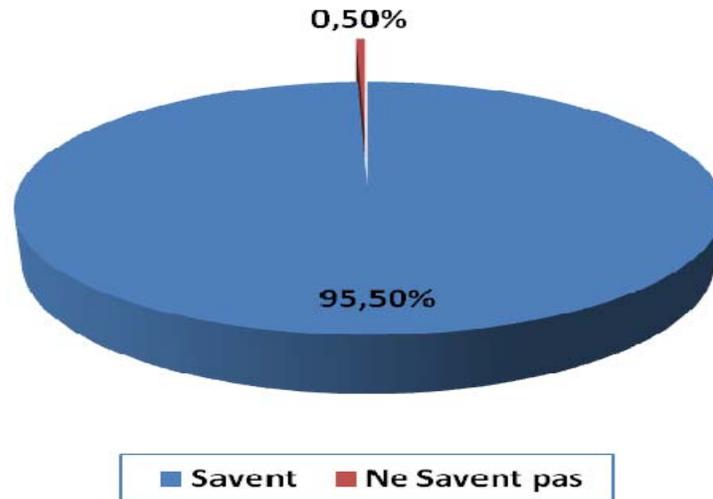
Parmi les enquêtées celles qui pensent que le tarif est trop élevé sont aussi nombreuses que celles qui le trouvent abordable.

Figure XVIII : Répartition de la population enquêtée en fonction de leur proposition sur le tarif d'adhésion.



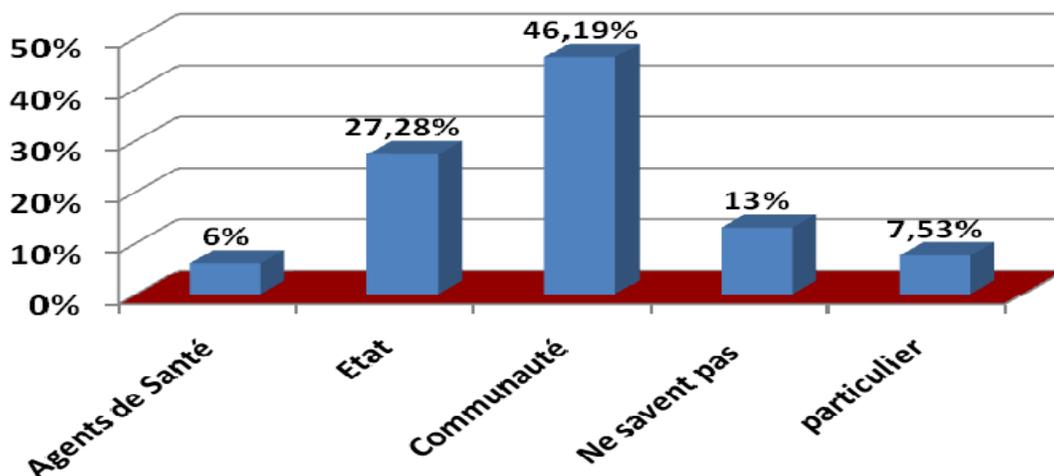
Notre enquête montre que 45,80% de la population interrogée suggèrent une somme comprise entre 600-1000f CFA.

Figure XIX : Répartition de la population enquêtée selon leur connaissance du lieu du centre de santé.



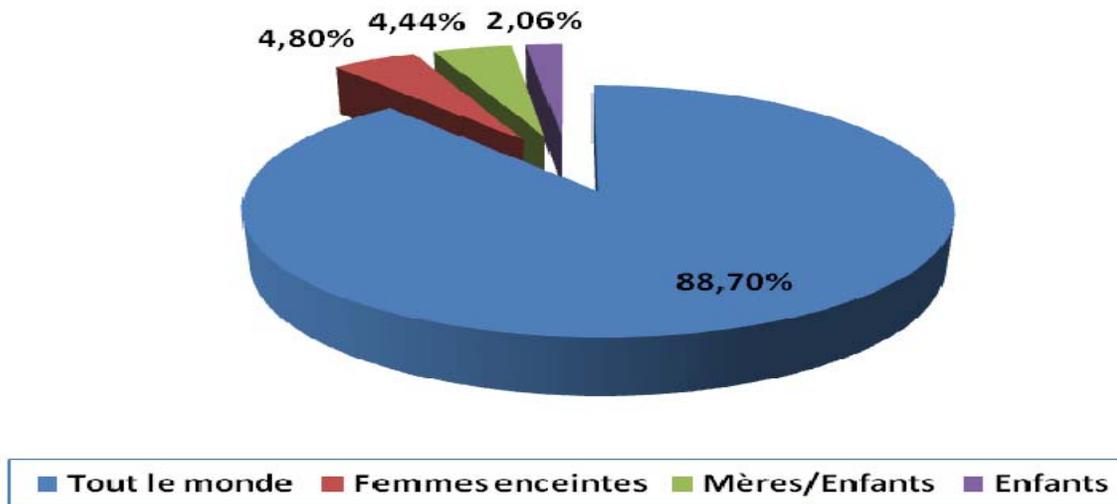
La quasi-totalité des enquêtées savent où se situe le Centre de Santé Communautaire.

Figure XX : Répartition de la population enquêtée par rapport à la connaissance de l'appartenance du centre.



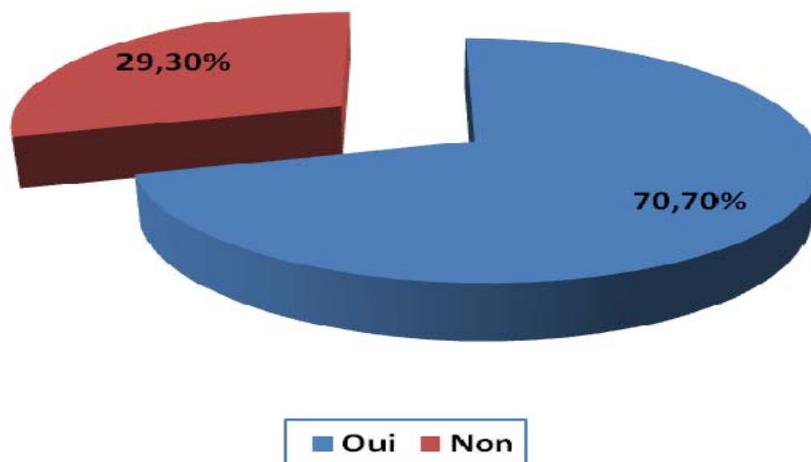
Au total, 46,19% des enquêtées savent que le centre est communautaire.

Figure XXI : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance des personnes cibles du centre.



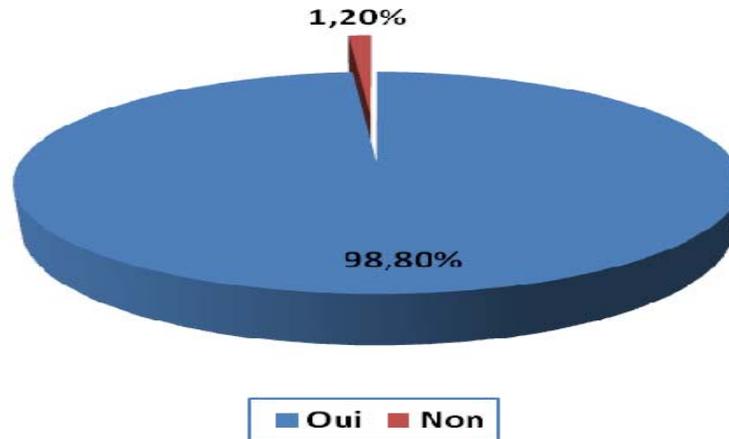
Les 88,70 % des enquêtées savent que le centre est là pour tout le monde.

Figure XXII : Répartition de la population enquêtée selon le recours antérieur aux prestations du centre.



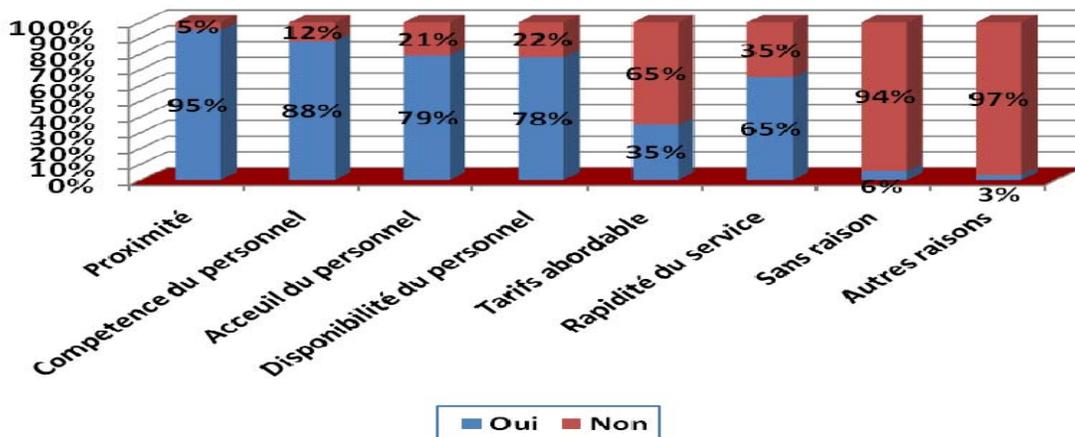
Parmi les enquêtés, 70,70 % ont déjà eu recours aux prestations offertes par le centre.

Figure XXIII : Répartition de la population enquêtée par rapport à leur envie de revenir au centre.



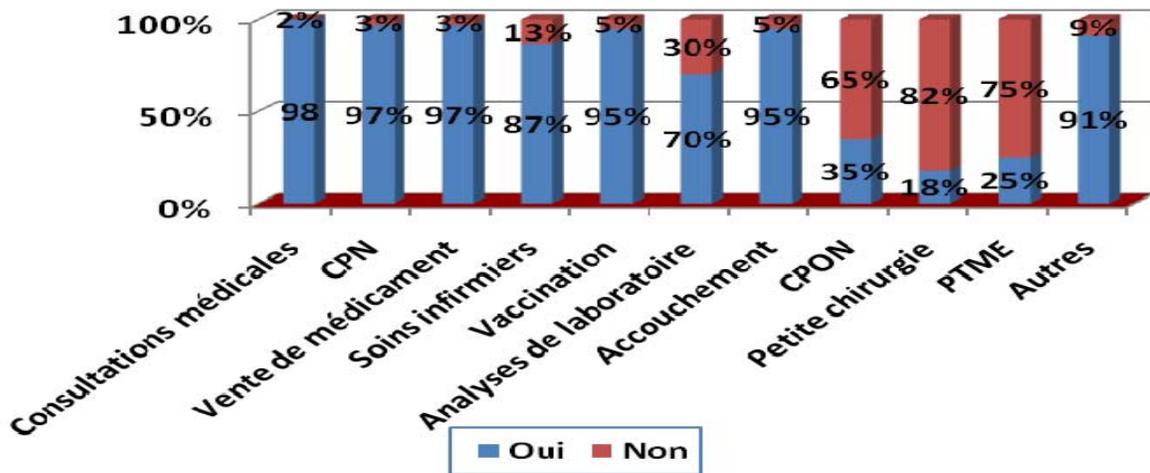
Seulement 1,20% des interrogées ne souhaitent plus y retourner pour se faire soigner.

Figure XXIV : Répartition de la population enquêtée en fonction des raisons évoquées pour la fréquentation du centre.



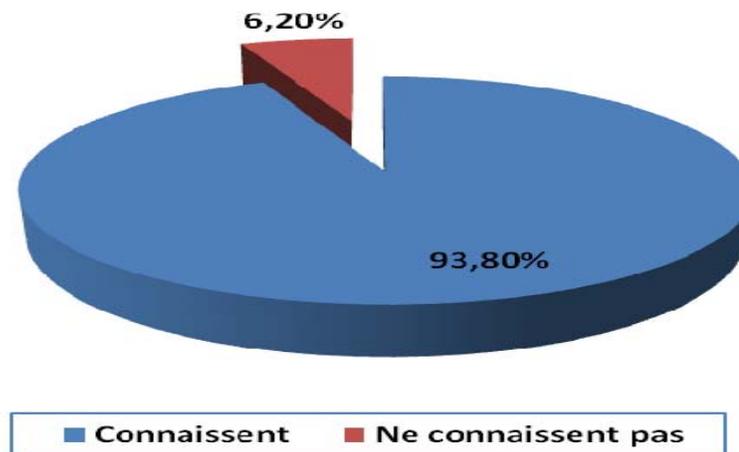
Parmi les raisons avancées pour la fréquentation du CSCOM, la proximité est l'argument le plus évoqué (95%).

Figure XXV : Répartition de la population enquêtée en fonction de la connaissance de la nature des prestations du centre.



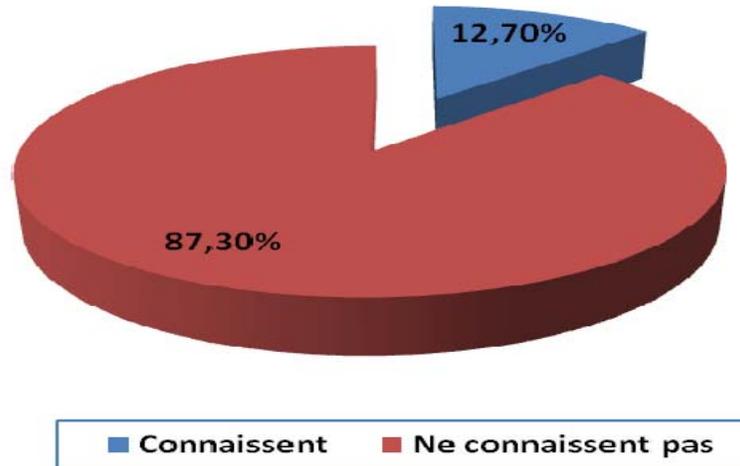
La presque totalité des prestations fournies par le CSCOM est connue de la population.

Figure XXVI : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif des consultations.



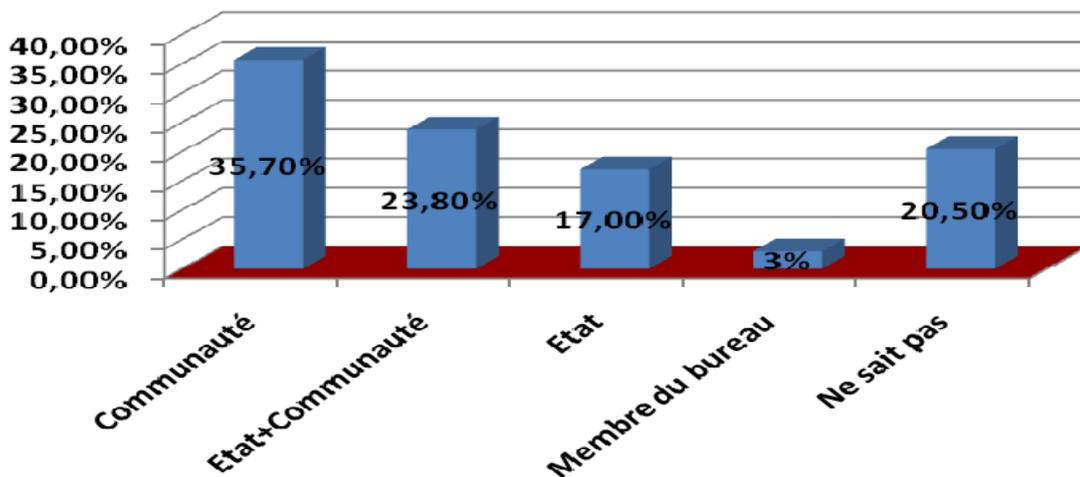
Seulement 6,20 % des interrogées ne connaissent pas le tarif des consultations effectuées au centre.

Figure XXVII : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif des consultations des adhérents.



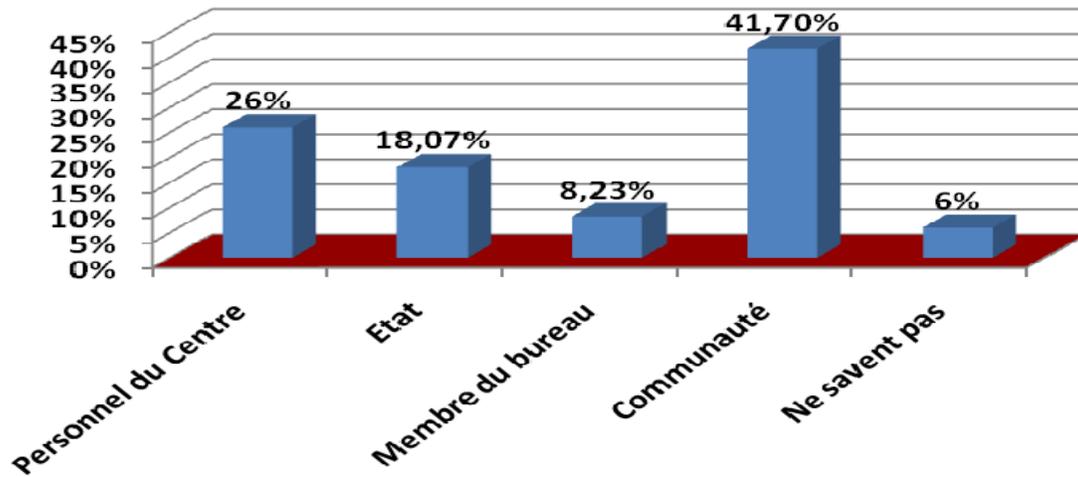
Le tarif de consultation des adhérents est méconnu de 87,30% des enquêtées.

Figure XXVIII : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de la provenance des salaires des agents du centre.



Les 35,70% des interrogées savent que les salaires des agents du centre viennent de la Communauté.

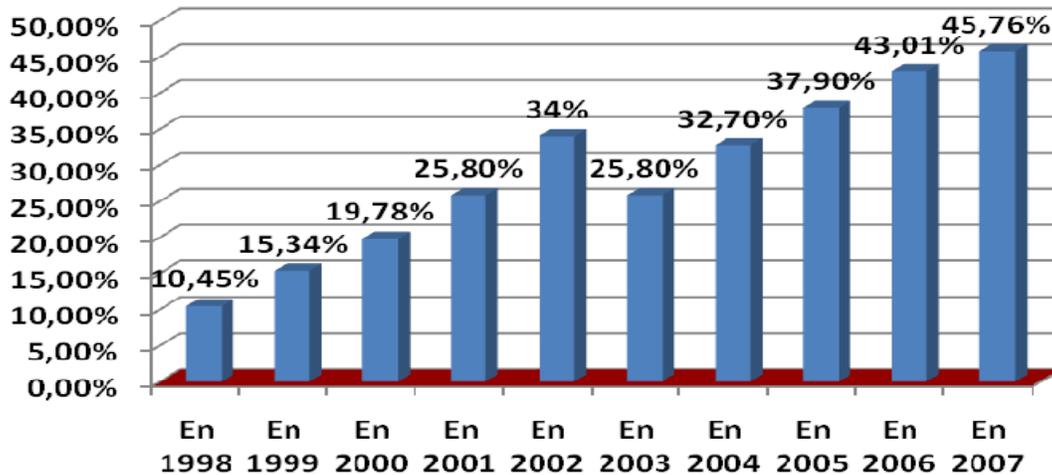
Figure XXIX : Répartition de la population enquêtée en fonction de la connaissance de la destination des fonds du centre.



Les 41,7% de la population interrogées pensent que les fonds régénérés vont dans les caisses du CSCOM.

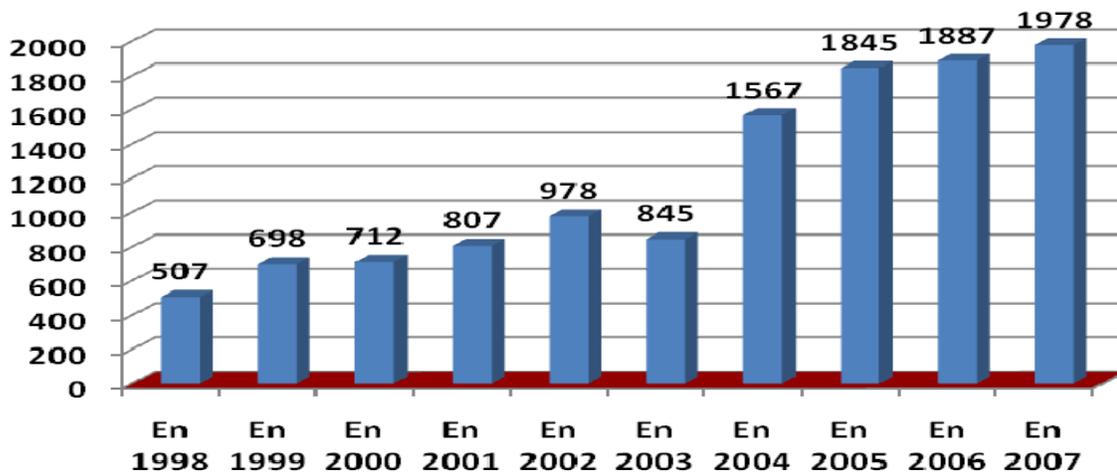
4.4 ACTIVITES MENEES DANS LE CENTRE DE SANTE

Figure XXX: Evolution de la consultation médicale de 1998 à 2007



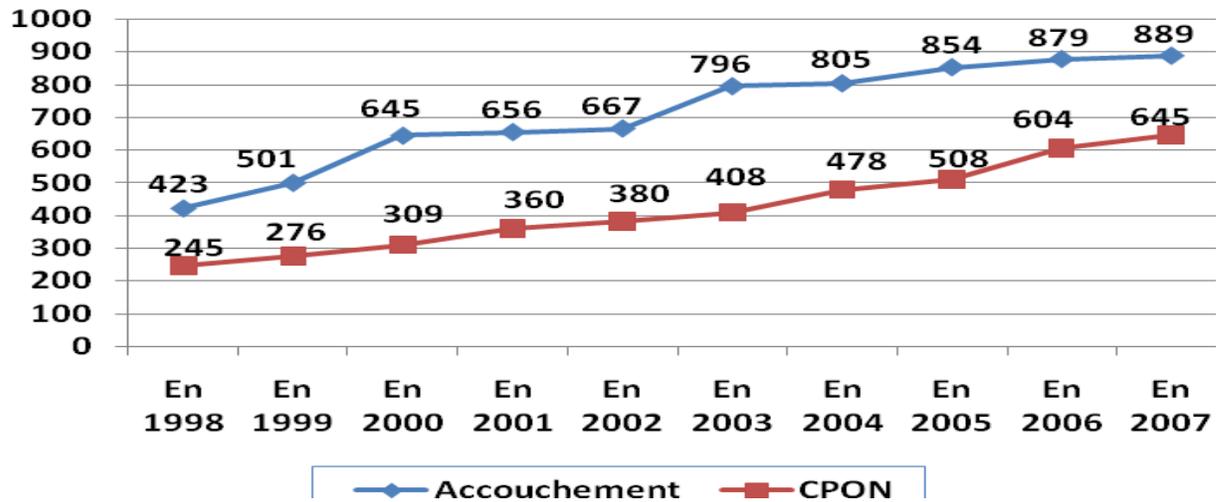
La consultation médicale varie de façon croissante de 1998 à 2002, décroît en 2003 et croit jusqu'en 2007.

Figure XXXI : Evolution de la consultation prénatale de 1998-2007.



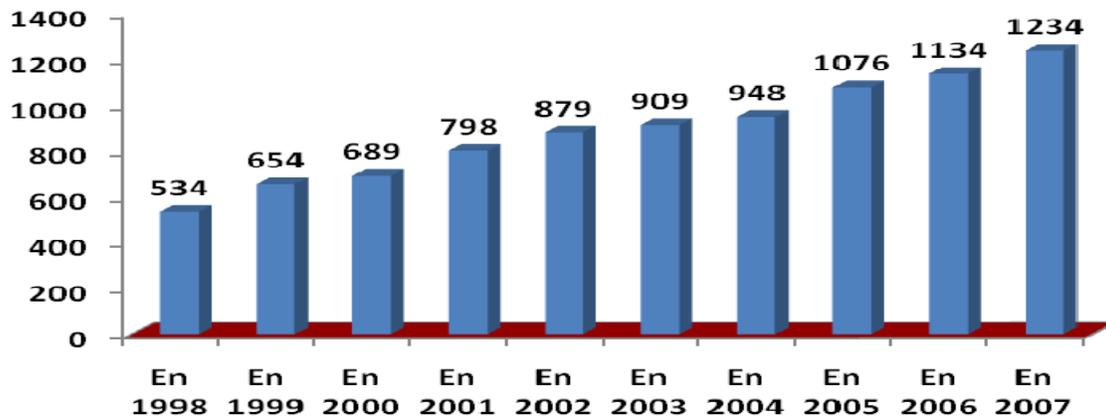
Au cours de ces années, la CPN a subi une timide progression de 1998 à 2002 décroît légèrement en 2003 et croit jusqu'en 2007.

Figure XXXII : Evolution de l'accouchement et de la CPON sur dix ans (1998-2007).



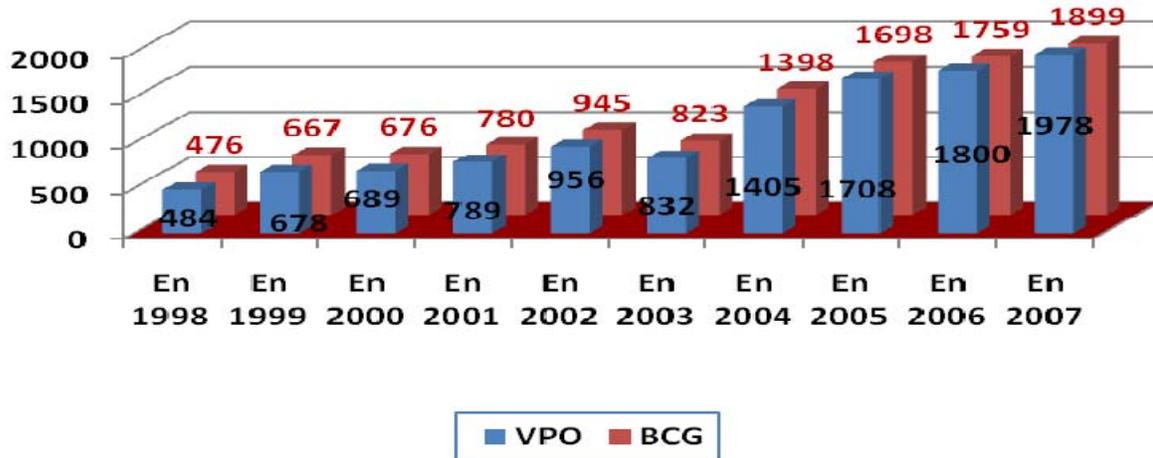
Les accouchements et la CPON évoluent de façon croissante et presque parallèle de 1998 à 2007.

Figure XXXIII : Evolution du suivi des enfants sains en stratégie avancée de 1998-2007.



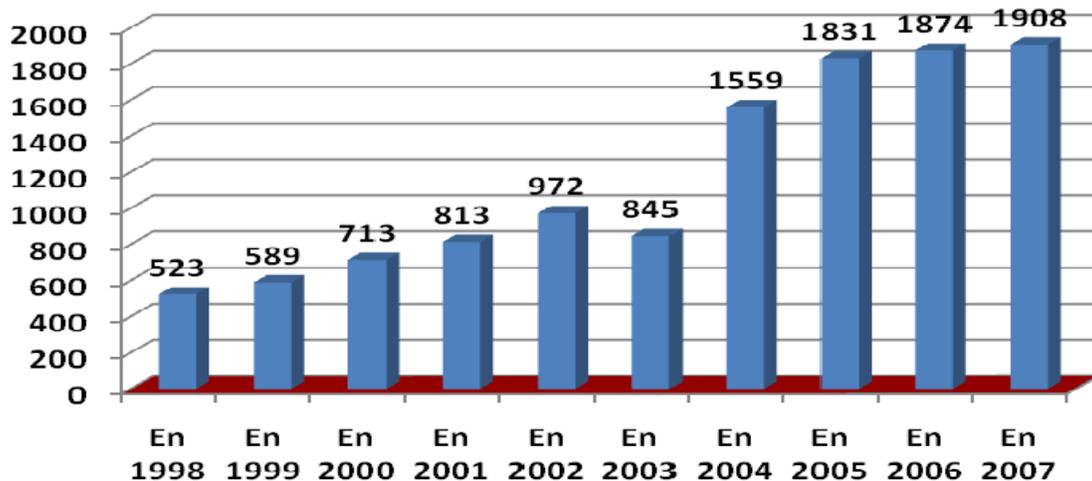
Avec la stratégie avancée, le suivi des enfants évolue de façon croissante au cours de ces dix années.

Figure XXXIV : Evolution de la vaccination contre la poliomyélite et la tuberculose de 1998-2007.



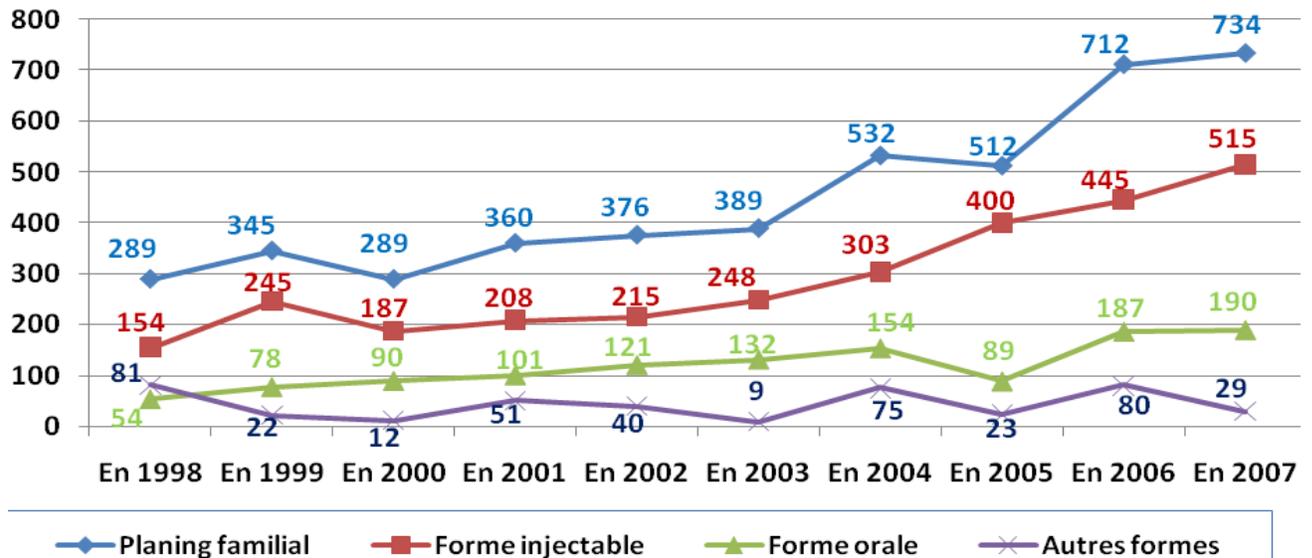
Durant ces années, ces deux activités évoluent de façon croissante.

Figure XXXV: Evolution de la vaccination antitétanique des femmes enceintes de 1998- 2007



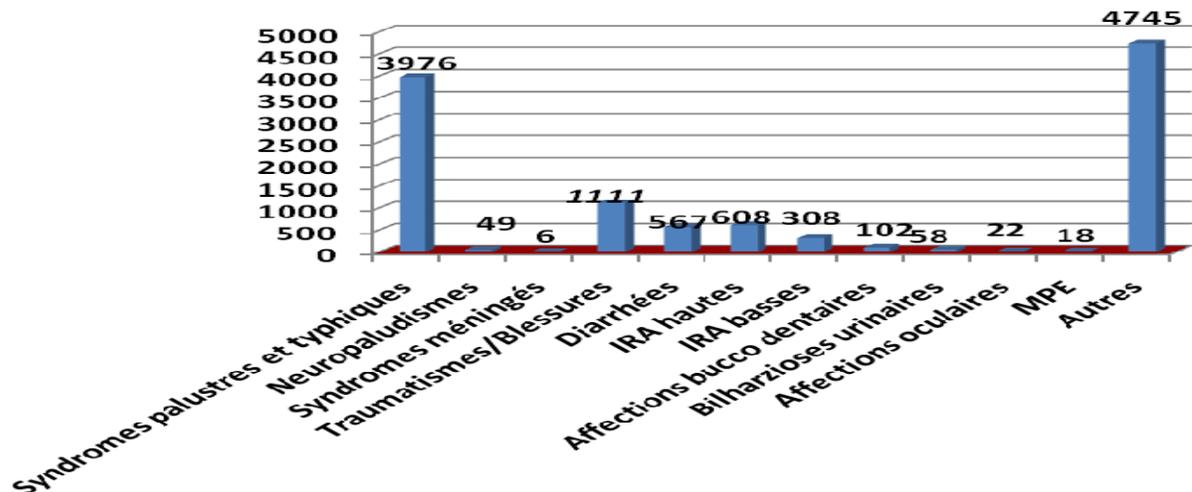
Les doses antitétaniques administrées aux femmes enceintes croissent de 1998 à 2002, décroissent légèrement en 2003 et croissent à nouveau jusqu'en 2007.

Figure XXXVI : Evolution de la planification familiale et la méthode de planification de 1998- 2007.



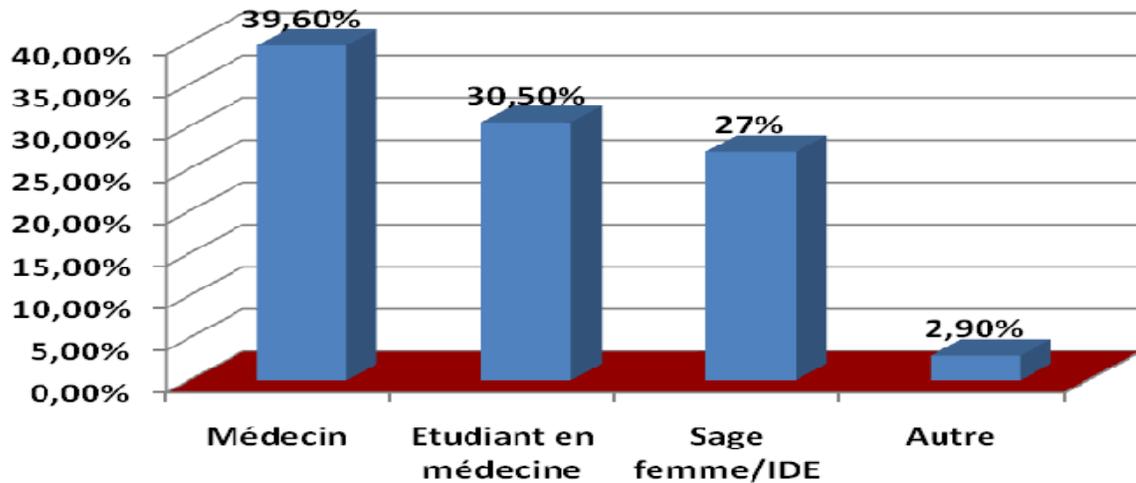
Au cours de ces dix années, la Planification familiale évolue de façon croissante. Plusieurs formes sont utilisées mais l'injectable paraît la plus employée.

Figure XXXVII : Répartition de la population en consultation médicale en fonction de la morbidité au cours de 2007.



Les syndromes palustres et typhiques ont été les cas les plus rencontrés au cours de l'année 2007.

Figure XXXVIII : Répartition des ordonnances servies selon la qualification du prescripteur en 2007.



Pendant l'année (2007), 39,60% des consultations médicales ont été effectuées par des médecins.

Tableau XXXX: Répartition des activités du laboratoire en fonction du type d'analyse au cours de l'année 2007.

Type d'analyse	Effectif
HEMATOLOGIE	
TE/BW	243
Glycémie	199
Groupage /rhésus	179
Hb	95
NFS-VS	14
Créatininémie	11
Urée	10
Transaminases	7
PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE	
GE	1304
ECBU	17
Sérologie Widal	601
Selles POK	71
AUTRES	0
Test HCG	859
Sérologie VIH	113
Crachat BAAR	0
TOTAL	3723

Les analyses les plus réalisées sont : la goutte épaisse, les tests HCG et la sérologie Widal-Félix.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1) PAR RAPPORT AU PROCESSUS DE CREATION DE L'ASACOMSI :

La création d'un Centre de Santé Communautaire à Mèkin-Sikoro était devenue une nécessité ; car selon notre enquête la «**Case Sanitaire**» ne répondait plus aux besoins de la population de Mèkin-Sikoro.

Après s'être inspirée de l'exemple réussi de l'ASACOBBA, la population de Mèkin-Sikoro a mis en place leur Association de Santé Communautaire avec pour sigle « ASACOMSI ».

Cependant, la mise en place des organes de fonctionnement de l'association n'était pas effective à sa création. Elle ne le sera qu'en 2006 avec l'actuel bureau.

Cet état de fait explique en partie les dysfonctionnements constatés surtout dans la gestion du CSCOM avec pour conséquence un désintéressement de la majeure partie de la population pour l'association.

2) PAR RAPPORT A LA CONNAISSANCE DE L'ASACOMSI PAR LE PERSONNEL TECHNIQUE :

L'enquête au près du personnel démontre que 76,92% ont connu l'ASACOMSI avant leur recrutement contre 23,07% au moment de leur incorporation.

La totalité des agents affirment que la consultation est gratuite pour le personnel, par contre 92,31% (12/13) déclarent payer leurs médicaments.

Seulement 30,77% du personnel sont membres de l'ASACOMSI, et le même taux souhaiterait l'être pour pouvoir prendre part aux décisions leur concernant, taux inférieur à ceux observés à Daoudabougou (Mariko) et à Djelibougou (Tamboura AM) respectivement 66 % ; 64,2 %.

Notre enquête trouve que 46,15% du personnel (6/13) ont plus de 15 ans de service. La majorité des agents (10/13) estime que l'ASACOMSI aide le centre à atteindre ses

objectifs. Les conditions de travail restent insatisfaisante pour la quasi-totalité des travailleurs 92,30% ; taux nettement supérieur à celui de Mariko (75 %) et de Seydou Mèmè Diarra 30,8%.

Ces résultats prouvent que l'ASACOMSI est bien connue par la majeure partie des travailleurs du centre depuis sa création ; cependant ils doivent s'intéresser davantage à l'association en améliorant leur taux d'adhésion.

3) **PAR RAPPORT AUX USAGERS :**

Le taux d'adhésion est à 2,98% ce résultat est inquiétant car la pérennité de l'Association y dépend. Ce taux est nettement inférieur à celui de Seydou Mèmè Diarra (27,10% %).

La quasi-totalité de la population adulte interrogée a entendu parler de l'ASACOMSI et 38,24% des enquêtés ont connu l'ASACOMSI par le canal d'un Ami/Voisin, 32,20% l'ont connu à travers un parent, alors que 7,9% ont été informés de son existence par un adhérent à l'association. Les membres du CA ne sont connus que par 44,10% de la population ; ce résultat est très proche à celui de Mariko (44,6 %) mais reste insuffisant d'où la nécessité de mener des actions de sensibilisation auprès de la population.

4) **PAR RAPPORT A LA PARTICIPATION DE LA POPULATION A LA VIE DE L'ASACO ET DU CSCOM :**

De l'étude résulte que :

-Ceux qui ont assisté à une AG de l'ASACO représentent 2,7% contre 1,4 % pour Tamboura AM et 16,5% pour Seydou Mèmè Diarra.

- Seulement 41,70 % des enquêtés connaissent la destination des fonds générés par le centre ceci est sensiblement égal à celui de Tamboura AM (41,6 %).

Ces résultats nous prouvent que la population de Mèkin-Sikoro s'intéresse peu à la gestion de leur Centre de Santé Communautaire ; cela est du d'une part à son niveau d'instruction relativement bas, et d'autre part, par la façon dont l'ASACO est gérée par ses responsables.

5) PAR RAPPORT A LA CONNAISSANCE DES ACTIVITES MENEES AU CENTRE :

Notre étude décèle que :

- Les coûts d'adhésion sont méconnus par 87,90 % des enquêtées. Ces tarifs sont abordables pour 45,30%, par contre 45,10 % approuvent le contraire, et suggèrent un montant inférieur à 1000 FCFA.
- Les prestations offertes par le centre sont connues par la majeure partie de la population sauf les petites chirurgies (18%) et la PTME (25%).

Ces résultats prouvent une bonne fréquentation du centre par la population.

En ce qui concerne le recours aux prestations du centre :

On trouve que:

- Les 70,70% des enquêtés ont eu recours aux prestations du centre et 98,8% sont prêt à y retourner en cas de besoin, ce taux est supérieur à celui de Seydou Mèmè Diarra (66,2).
- La proximité du centre, la compétence du personnel sont les raisons les plus évoquées pour cette fréquentation.

Ces résultats dénotent la confiance de la population envers les travailleurs du centre.

6) EVALUATION DES ACTIVITES MENEES AU CENTRE :

Les consultations médicales externes sont essentiellement assurées par le Médecin Directeur. En son absence il se fait remplacer par son infirmière majeure ou un étudiant en médecine.

En ce qui concerne la maternité, elle est tenue par deux sages femmes d'Etat (contre une à L'ASACOH I selon Seydou Mèmè Diarra), épaulées par six (06) matrones et assurent la CPN, les accouchements ; les consultations post natales ; la planification familiale, la vaccination ; la PTME etc.

Les analyses médicales de laboratoire sont assurées par une Laborantine.

La pharmacienne assure la vente des médicaments.

Une Comptable récemment recrutée assure la comptabilité.

Un service d'accueil et d'orientation est en place, ce qui assure l'ordre et la fluidité au sein des unités.

7) **PAR RAPPORT A L'IMPORTANCE DES ACTIVITES :**

Pour l'année 2007, le nombre de consultations médicales externes enregistrés est sensiblement égal au nombre de souches d'ordonnance disponibles au niveau de la pharmacie.

En faisant les totaux des activités de l'année 2007, on trouve 10 652 consultations médicales ce qui donne un taux de couverture de 56,10% réparties comme suit :

- 8 145 nouvelles consultations,
- 1 978 consultations prénatales,
- 889 accouchements,
- 1 234 consultations préventives des enfants.

Après 15 ans d'existence le CSCOM de Mèkin-Sikoro se porte assez bien en termes d'affluence. Ce qui prouve que cette structure est bien adaptée à la population de Mèkin-Sikoro.

8) **PAR RAPPORT AUX ACTIVITES DE LA PHARMACIE :**

Le nombre d'ordonnance délivré en 2007 a été estimé à 10 111, très proche du nombre de consultations effectuées durant cette même année (10 652).

Ceci serait du au respect des règles de livraison des médicaments au niveau du centre:

- tout médicament doit avoir une ordonnance et toute ordonnance doit comporter une souche (qui serait soigneusement gardée par la pharmacienne).
- Tous les malades sont systématiquement orientés vers la Pharmacienne après consultations, qui retire la souche après avoir délivré le ou les médicament(s).
- On peut noter aussi un bon approvisionnement régulier de la pharmacie en médicament essentiel en qualité et en quantité par les sociétés de distribution de médicaments de la plac

VI. CONCLUSION :

La population de Mèkin-Sikoro s'est inspirée de l'exemple de l'ASACOBA pour créer leur Association de Santé, dénommée ASACOMSI et ils ont pu bénéficier de la coopération avec l'ONG IAMANEH -SUISSE pour la réalisation physique de leur Centre de Santé Communautaire ainsi que pour son équipement.

Les résultats issus de notre étude qui a porté sur une période de 10ans (de Janvier 1998 - Décembre 2007) nous ont conduit à formuler des recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins et de rendre pérenne l'association.

Au terme de cette étude nous devons retenir les conclusions suivantes :

L'Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro à travers son Centre de Santé Communautaire peut mieux faire si la population participe davantage à la gestion de leur CSCOM.

- Le taux d'adhésion est très faible (2,98 %) alors que 98,60 % connaissent le CSCOM.
- Seulement 2,70 % ont assisté à une Assemblée Générale.
- Aucune carte d'adhésion n'a été renouvelée depuis 2005.
- Quant à la destination des fonds, 8,23% des enquêtées pensent que les recettes du centre sont partagées entre les membres du bureau; 41,70 % pensent qu'elles vont dans la caisse de l'ASACO tandis que 26% estiment qu'elles sont destinées aux personnels du Centre.

Au plan technique, le personnel a une bonne connaissance de l'association.

Le nombre de consultations est satisfaisant pour cette structure de premier niveau.

Dans l'ensemble, le PMA offert par le CSCOM a un niveau satisfaisant. La qualité des prestations fournies est acceptable pour les bénéficiaires. Ceci s'explique par ces résultats suivants :

- 98,60 % de l'échantillon connaissent le centre ;
- les prestations sont connues par la presque totalité des interrogées ;

- parmi ceux qui ont eu recours au centre, 98,80 % sont prêts à y revenir en cas de besoin.

La consultation postnatale, la planification familiale, la PTME, le suivi des enfants sains ont un taux de couverture peu satisfaisant.

Au plan comptable, aucune information n'a pu être obtenue auprès du Trésorier qui assurait la comptabilité jusqu'au recrutement récent d'une Comptable en Mai 2008 ; ce qui nous a pas permis d'apprécier la situation financière de l'ASACO.

D'une façon générale, les membres du CA doivent faire preuve de transparence dans la gestion des fonds de l'ASACO. Cela passe par l'utilisation de supports de gestion fiables, crédibles et accessibles à tous.

VII. RECOMMANDATIONS :

En vue de sauver le caractère communautaire de l'association, d'améliorer les prestations fournies par le centre, il nous paraît opportun de formuler les recommandations suivantes:

A) AUX MEMBRES DU CA :

1) Adopter une politique de sensibilisation auprès de la population de Mèkin-Sikoro, afin qu'elle adhère librement à leur Association de Santé Communautaire, qui existe depuis 1993 et dont le taux d'adhésion ne dépasse guère les 2,98% (selon notre étude).

2) Mettre à la disposition et cela à l'ensemble de la population des cartes d'adhésion pour que les porteurs puissent bénéficier de la réduction tarifaire des prestations qui en découle et pour rendre pérenne l'association.

3) Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès des populations pour qu'elles participent à la vie associative du CSCOM.

4) Assurer et garantir une bonne gestion des fonds du CSCOM.

5) Informatiser le centre pour une gestion plus fiable et pour l'allègement des tâches des travailleurs.

6) Conventionner le centre avec la mutualité malienne pour faire bénéficier à la population les réductions des coûts de traitements.

7) Promouvoir la formation continue des travailleurs du centre et le recrutement de nouveaux agents en vue d'améliorer la qualité des prestations du CSCOM.

8) Améliorer les conditions de travail des agents du centre.

9) Renforcer le pouvoir de décision du Médecin Directeur.

B) AU MINISTERE DE LA SANTE :

L'Application effective de la convention du personnel non fonctionnaire travaillant dans les CSCOM.

C) AU PERSONNEL DU CENTRE :

- 1) Améliorer davantage la qualité des soins en veillant au respect de l'éthique et de la déontologie médicale ;
- 2) Soutenir l'ASACO dans la mobilisation sociale afin d'accroître le taux de fréquentation du centre ;
- 3) Instaurer un programme régulier de staffs et de réunions mensuelles du personnel technique pour l'amélioration de la qualité des soins ;
- 4) Maintenir et renforcer le service d'accueil existant en informant, orientant les clients pour une meilleure condition de travail, une bonne qualité des soins.

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : *Démbélé*

Prénom : *Mohamed*

Titre : *Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro de la Commune I du District de Bamako de 1998-2007.*

Année de soutenance : *2008-2009*

Ville de soutenance : *Bamako*

Pays d'origine : *Mali*

Lieu de dépôt : *Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)*

Secteur d'intérêt : *Santé Publique*

Résumé :

Quinze ans après la création de l'Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro, il importait de faire une évaluation.

La présente étude s'est fixée comme objectif général d'évaluer l'Association de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro.

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui a porté :

- sur le processus de création de l'ASACOMSI et de son CSCOM ;
- sur les caractéristiques professionnelles, le niveau d'alphabétisation dans la langue Française des populations enquêtées ;
- sur le degré de connaissance de l'ASACOMSI et du CSCOM par son personnel technique et par la population de Mèkin-Sikoro, et enfin
- sur l'évaluation des activités menées au niveau du CSCOM sur une période de (10) ans (1998-2007).

L'analyse des résultats a permis de constater :

- qu'après la création de l'ASACOMSI et de son CSCOM en 1993, la mise en place des organes de gestion du centre n'a été effective qu'en 2006.
- un taux d'adhésion très faible de la population de Mèkin-Sikoro à l'ASACOMSI compromettant fortement son caractère communautaire ; par contre la quasi-totalité des interrogées sont au courant de l'existence du CSCOM ;
- une très bonne disponibilité des travailleurs du Centre de Santé ;
- l'exercice du PMA mis en place au bénéfice de la population cela par une volonté affichée du personnel technique à aller en avant malgré leurs conditions de travail peu satisfait ; et enfin
- l'absence de données comptables du CSCOM.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**1-Abassil A W et al :**

Le financement des centres de santé périphériques, utilisation d'un modèle basé sur des expériences en République du Mali, Bamako 1995.

2-Akory A .I :

Le Centre de Santé Communautaire de Banconi, une expérience nouvelle de prise en charge de la santé des populations.

Document photocopié, Bamako 199.

3-Akory A I, Sangho H, Diawara T D et Coll :

Evaluation des CSCOM, mis en place au Mali depuis 1989, le cas du district de Bamako, février 1995 (séminaire international sur la santé communautaire).

4- Annuaire Statistique du Mali 2005.**5- Balique U, Ouattara, Akory A I :**

Dix ans d'expérience des CSCOM au Mali en 2001.

6- Ballo M, Boundy F :

Rapport sur la mise en œuvre de l'initiative de Bamako : dix ans après 1987-1999.

Document photocopié.

7-Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP)

(Edition 1995).

8-Enquête Démographique de Santé du Mali (EDSM-IV) :

(Rapport de synthèse 2006)

9-Gestion des ASACO (Edition 1998)**10-Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998- 2007 :****11-Kwené F :**

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Magnabougou

Thèse de Médecine, Bamako 1997, N°72.

12-Mariko B :

Evaluation de l'Association de Santé Communautaire de Daoudabougou (ADASCO).

Thèse de Médecine, Bamako 2005, N°63.

13-Rapport d'enquête monographique du quartier /ONG JIGI année 2004 Bamako**14-Tamboura AM :**

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Djélibougou (ASACODJE)

Thèse de Médecine 2006.

15-Adama Simaga :

Les Contraintes liées à la fréquentation des Centres de Santé Communautaires par la population : cas du CSCOM de Mèkin-Sikoro de la Commune I du District de Bamako.
Mémoire de fin d'étude Bamako 2008.

16-Seydou Mèmè Diarra :

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de l'Hippodrome « ASACOHI » de 1997-2006.

Thèse de Médecine 2008.

1) QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PERSONNEL DU CENTRE :

Nom :

Prénom:

Age :

Qualification :

1- Est-ce que vous avez participé à la formation de l'ASACOMSI et/ou de son centre ?

Oui Non 2- Est-ce que vous connaissiez l'ASACOMSI avant votre recrutement ? Oui Non

3- Depuis quand travaillez-vous dans ce centre ?.....en année

4- Etes-vous membre de l'ASACOMSI : Oui Non - Si non, désirez-vous être membre de l'ASACOMSI ? Oui Non

- Si non, pourquoi ?.....

5- Est-ce que le personnel fait une réunion régulièrement ? Oui Non

Si oui, à quel rythme ?

 Hebdomadaire Mensuel Trimestriel

- Autres.....

6- Est-ce que l'ASACOMSI aide le centre à atteindre ses objectifs : Oui Non 7- Etes-vous satisfait de vos conditions de travail ? Oui Non

- Si oui, d'où viennent ces missions ?.....

16- Approuvez-vous ces missions ?

Oui

Non

17- Quels sont vos critiques et suggestions pour la bonne marche du centre?.....

18- Pensez- vous que les CSCOM en général et l'ASACOMSI en particulier ont besoins de certaines spécialités comme la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, la chirurgie.etc..... ?

Oui

Non

2) ACTIVITES MENEES DANS LE CENTRE

19-Remplir le tableau suivant : selon l'évolution des activités du centre aux cours de ces années.

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Activités										
Consultations médicales										
Accouchement										
Suivi des enfants										
CPON										
CPN										
Vaccination										
PF										

20-Remplir le tableau suivant : selon le type d'analyse réalisée par le laboratoire au cours de l'année 2007.

Type d'analyse	Hématologie	Parasitologie	autres
Année			
2007			

21- Activités de dépôt de médicaments :

Remplir le tableau suivant pour l'année 2007 à partir des souches d'ordonnances et supports

Désignation Année	Nombre D'ordonnances	Qualité du prescripteur	Médicaments DCI	Médicaments En spécialités
2007				

3) QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX RESPONSABLES DE L'ASACOMSI:

1- Comment est venue l'idée de création de votre association ?..... ;

2-Avez-vous mené des activités de sensibilisation ? Oui Non

- Si oui, comment ?.....

- Si non, comment la population a-t-elle adhéré a l'idée ?.....

3- Quelle a été la contribution particulière des membres fondateurs ?.....

4- Le bureau actuel a-t-il été démocratiquement élu ? Oui Non

- Si oui, en quelle année ?.....

- Si non comment est-il élu ?.....

5- De combien de membres est composé le bureau ?.....

6- Quel est le nombre de femmes membres du bureau ?.....

7- Pensez- vous qu'on doit augmenter l'effectif des femmes membres du bureau ?

Oui Non

- Si Oui /Non pour quelles raisons ?

8- Comment avez-vous mis en place le comité de gestion ?

- Par désignation dans le bureau :

- Par élection par le comité d'administration :

9- Tous les membres du bureau sont-ils réguliers aux réunions ? Oui Non

-Si non, quel est réellement l'effectif fonctionnel ?.../.../.../.../

10-L'association a-t-elle un siège différent du centre de santé ? Oui Non

11-Que pensez-vous du taux d'adhésion à l'association ?.....

12- Que pensez-vous du bénévolat des membres du comité d'administration ?.....

13- L'association a-t-elle des fonds en dehors de ceux générés par le centre :

Oui Non

14- Y-a-t-il un programme d'activités élaborées par l'association différente de celui du centre ? Oui Non

- Si non, pourquoi ?.....

15-Existe-t-il des relations entre votre associations et les tendances politiques de l'aire ?

Oui Non

- Si oui, de quel (s) type (s) ?.....

16 – Quel type de préoccupations avez-vous auquel vous souhaitez avoir un appui de bailleurs de fonds ou de l'état ?.....

- Et comment ?.....

17-Quelle est l'importance du centre pour vous ?.....

18- Quelle appréciation faites-vous du personnel technique ?.....

19-Avez-vous des projets de formations et / ou de promotion à l'endroit du personnel du

Centre ?

Oui Non

- Si oui, de quel (s) type (s) ?.....

- Si non, quelles sont les raisons ?.....

20- Quelles sont vos critiques et suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre ?.....

21-Avez-vous eu un problème de gestion de 2006- 2007?

Oui Non

- Si oui, de quel type ?

 Malversation Surfacturation Crédits non payés

-Autres.....

22- Que pensez-vous du bilan financier de votre association pendant ces années ?

Année	1998	1999	2000
Bilan			
Bilan déficitaire			
Bilan excédentaire			

23- Commentaires.....

4) QUESTIONNAIRE ADRESSE A LA POPULATION**A- IDENTIFICATION :**

1- N° D'ordre:/.../.../.../

2- N° Concession:/.../.../.../

3-Niveau D'alphabetisation:/.../

(1= Pas été à l'école, 2= Niveau Primaires, 3= Niveau Secondaire, 4= Niveau Supérieur)

4-Sexe:/.../ (M/F)

5-Age:/.../.../

6-Profession.....

B - CONNAISSANCE DE L'ASACOMSI PAR LA POPULATION DE L'AIRE :

1-Avez-vous entendu parler de l'ASACOMSI :

Oui Non

2-Comment avez-vous connu l'ASACOMSI ?

- Parent :

- Ami/Voisin :

- Responsable de l'association :

- Membre de l'association :

- Personnel du centre :

- Autres à préciser.....

3- Si oui, connaissez-vous un membre du bureau de l'ASACOMSI : Oui Non

4- Connaissez-vous un membre du comité de gestion: Oui Non

5- Avez-vous déjà assisté à une assemblée de l'une ou l'autre de ses instances :

Oui Non

6- Savez-vous que les membres du bureau de l'ASACOMSI sont des bénévoles?

Oui Non

7- Pensez-vous que les membres du bureau doivent être rémunérés ? Oui Non

- Si oui, comment ?

Sur le prix des cartes d'adhésion :

Recette du centre :

Ne sait pas :

8- Etes-vous adhérent de l'ASACOMSI : Oui Non

9- Si oui, depuis combien d'années: /.../.../

10 -Renouvelez-vous votre carte d'adhésion chaque année ? Oui Non

11-Si oui, combien de fois l'avez-vous renouvelé ?/.../

12- Connaissez-vous le tarif d'adhésion par an: Oui Non

- Si oui, combien ?.....FCFA

13- Que pensez-vous du tarif d'adhésion de 1000FCFA

.Trop élevé : quelle est votre proposition ?.....

.Abordable :

.Sans opinion :

14- Connaissez-vous le tarif de consultation : Oui Non

15- Si oui, pouvez-vous nous dire cette somme pour les :

- Adhérents.....F CFA

- Non Adhérents.....F CFA

16- Avez-vous convié d'autres personnes à y adhérer ? Oui Non

C- CONNAISSANCE SUR LE CENTRE DE SANTE DE L'ASACOMSI

17- Connaissez-vous le centre de l'ASACOMSI ? Oui Non

18- A qui appartient le centre de santé ?

- Etat :

- Communauté :

- Médecin :

- Particulier :

- Autres à préciser.....

19- A qui s'adressent les prestations du centre ?

- Aux femmes :

- Aux femmes enceintes :

- A tout le monde :

- Aux hommes adultes :

20- Avez-vous eu recours à une ou plusieurs prestations du centre ? Oui Non

- Si oui, la quelle ou les quelles

Nature de la prestation	0fois	1fois	2fois	3fois	4 fois et plus
CPN					
Consultation médicale					
Petite Chirurgie.					
Accouchement					
Vaccination					
Vente de médicaments					
Analyse laboratoire					
Soins infirmiers					
Planning familial					
Autres					

21- Etes-vous prêt à y retourner pour les mêmes prestations ? Oui Non

- Si oui, pour quelles raisons ?

Tarif abordable :

Accueil du personnel

Disponibilité du personnel :

Compétence du personnel :

.Rapidité du service :

.Médicaments peu chers :

.Proximité :

San raison :

Autres à préciser

- Si non, pourquoi ?.....

22- Parmi les prestations suivantes, les quelles sont fournies par le centre de santé de L'ASACOMSI ?

- Consultation médicale :

- Consultation prénatale (CPN) :

- Consultation post-natale :

- Petite chirurgie :

- Vaccination :

- Vente de médicaments :
- Analyse de laboratoire :
- Soins infirmiers :
- Autres :.....

23- Qui paye les agents du centre de santé de l'ASACOMSI ?

- Etat :
- Communauté de l'SACOMSI :
- Privé :
- Ne sait pas :

24- Où vont les recettes du centre de santé ?

- Dans la caisse de l'état :
- Pour le comite de gestion de l'ASACOMSI :
- Pour le personnel du centre :
- Ne sait pas :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la 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 s'y 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 j'ai reçue de leur père.

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

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

Je le jure.