

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE  
=====||=====

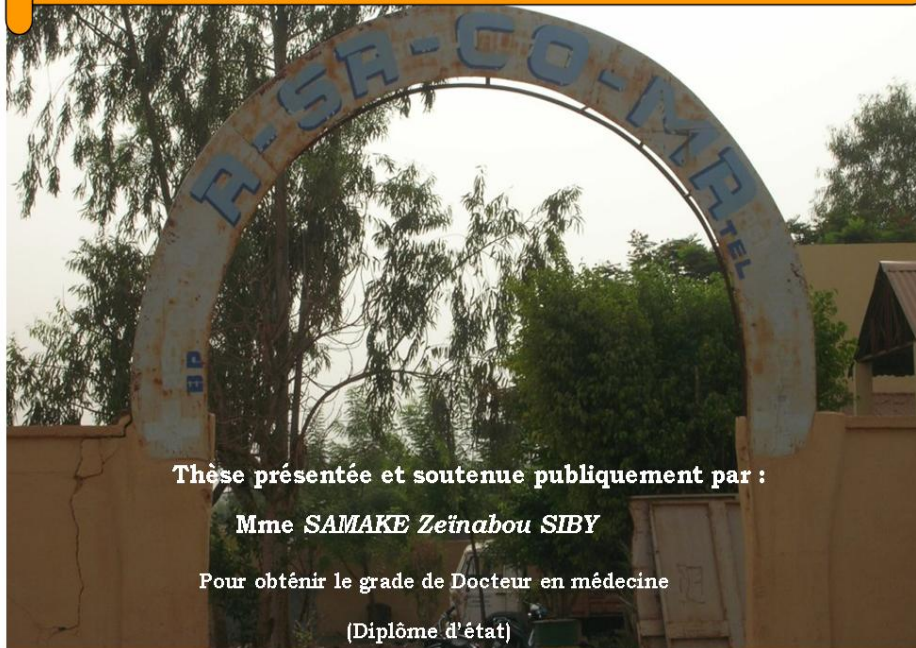
REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



Année Universitaire 2006-2007

THESE N° \_\_\_\_/M

**EVALUATION DE L'ASSOCIATION DE SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE MAGNAMBOUGOU  
(ASACOMA) ET DE SON CENTRE DE SANTE**



Thèse présentée et soutenue publiquement par :

Mme *SAMAKE Zeïnabou SIBY*

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'état)

**Jury:**

**Président :** Professeur *Elimane MARIKO*  
**Directeur de thèse :** Professeur *Amadou DIALLO*  
**Membres :** Docteur *Seydou DOUMBIA*  
Docteur *Mamadou BALLO*

## Introduction

A la création de L'OMS en 1948, l'objectif fondamental était d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé que possible.

Dans un deuxième temps devant l'échec de la plupart des pays pour atteindre cet objectif, l'OMS a opté pour la santé pour tous d'ici l'an 2000, c'est à dire garantir à tout individu d'une communauté un état de santé lui permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. La stratégie adoptée a été les Soins de Santé Primaires (SSP). (1)  
Au MALI dès l'indépendance, l'Etat malien qui menait à l'époque une politique socialiste voulait prendre en charge tous les problèmes de santé des populations. Il a établi le système des soins curatifs gratuits pour tous en donnant la priorité à la médecine préventive.

Le plan décennal de juillet 1966 à juin 1976 élaboré avec l'appui de l'OMS a fixé comme objectifs :

- Renforcer les infrastructures de médecine curative et de médecine préventive,
- former les personnels socio sanitaires.

Les soins de premiers niveaux ont été institués dans la région de Sikasso avec le docteur *Abdoulaye Diallo* qui a mis en place le système des hygiénistes secouristes, des matrones rurales, des accoucheuses traditionnelles recyclées (A T R).

La conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à *Alma Ata* (ex URSS) du 6 au 12 septembre 1978 a énoncé l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, en précisant clairement que les soins de santé primaires représentaient le principal moyen à le réaliser. A cette fin, les Etats membres étaient invités à formuler leurs politiques, stratégies et plans d'action nationaux et à mettre au point collectivement des stratégies régionales et mondiales. (2)

Deux mois après *Alma Ata*, le MALI intégrait dans sa politique les éléments de cette conférence notamment la liste des médicaments essentiels et des propositions en vue de les rendre disponibles.

Le troisième séminaire national de la santé et des affaires sociales tenu du 22 au 26 novembre 1983 sera l'un des tournants importants de notre

ystème de santé, ceci d'autant plus que les revendications à titre privé des professions sanitaires étaient à l'ordre du jour. D'importantes réformes ont été adoptées entre autre le programme élargi de vaccination (PEV) et la réforme pharmaceutique.

Une nouvelle occasion s'est offerte en septembre 1987 lors de la 37<sup>ème</sup> session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Bamako où l'idée de faire du médicament, la locomotive pour relancer des SSP a été retenue sous le vocable de l'initiative de Bamako (IB). (3)

L'IB vise à assurer aux communautés un meilleur état de santé avec leur participation à la gestion des médicaments et à leur disponibilité.

Ainsi face à la faiblesse du budget de la santé et la volonté d'impliquer les populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, le MALI élaborera en 1990 une nouvelle politique de santé qui est la création des centres de santé communautaire (CSCOM).

Ces centres de santé communautaire ont été définis comme des formations sanitaires de premier niveau créées sur la base de l'engagement des populations définies et organisées au sein d'association de santé communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. (4)

Le premier centre de santé communautaire a été celui de *Banconi*. Il a favorisé le développement et l'épanouissement de cette nouvelle approche.

C'est dans la même optique que l'association du centre de santé communautaire de *Magnambougou* (l'ASACOMA) a été créée en 1991; elle regroupait *Magnambougou, Sokorodji et Djaneguella*.

Mais actuellement l'aire de santé de l'ASACOMA se limite à *Magnambougou*. La présente étude porte sur l'évaluation de cette structure de santé afin de juger de son efficacité et de ses capacités de pérennisation et en plus de lui fournir un soutien stratégique, technique, et opérationnel qui lui est indispensable pour son succès et sa pérennité.

Ainsi nous nous sommes donnés les objectifs suivants :

## **OBJECTIF GENERAL**

Evaluer l'ASACOMA et son centre de santé communautaire.

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Décrire les différentes étapes qui ont conduit à la création du centre de santé de l'ASACOMA,
- Décrire le centre de santé et ses modalités de fonctionnement,
- Evaluer le degré de connaissance de l'ASACOMA et de son centre de santé par la population et de son personnel technique,
- Evaluer les activités menées au niveau du CSCOM sur une période de 5 ans (de janvier 2000 à décembre 2004),
- Formuler d'éventuelles recommandations en vue de pérenniser les activités.

## **Généralités**

### **1- Quelques notions sur les soins de santé primaires**

#### **1-1 Définition : (3)**

Les soins de santé primaires sont les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratique scientifiquement valables et socialement acceptables rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'auto détermination.

#### **1-2 Les composantes des soins de santé primaires**

Il y a au minimum 8 composantes :

- les activités d'éducation concernant les problèmes de santé prédominants et les moyens de les prévenir et de les maîtriser ;
- la promotion d'un approvisionnement alimentaire et d'une nutrition convenable;
- l'approvisionnement suffisant en eau saine et adoption de mesures d'assainissement de base ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- la prévention et le contrôle des endémies locales;
- le traitement des maladies et des lésions courantes;
- la fourniture des médicaments essentiels en DCI.

#### **1-3 Mise en oeuvre des soins de santé primaires**

IL n'y a pas de système univoque de soins de santé primaires. La réalisation des soins de santé primaires doit s'accompagner de l'organisation concomitante des soins de santé supérieure. On doit tenir compte de l'avis et des suggestions des communautés pour l'installation des soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires étaient divisés en trois niveaux :

**Niveau 1** : constitué de villages avec des accoucheuses traditionnelles et des relais.

**Niveau 2** : constitué par des infirmiers, infirmiers d'Etat et matrones au niveau des CSCOM et des médecins et sages femmes au niveau des Cercles.

**Niveau 3** : constitué des hôpitaux régionaux et nationaux avec tous les personnels.

## **2- Rappels sur les Associations De Santé Communautaire (ASACO)**

### **2-1 Définitions opérationnelles**

**2-1-1 Santé communautaire** : selon *Rochon*, elle 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 communautaires.

**2-1-2 ASACO** : l'ASACO 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. (5)

**2-1-3 CSCOM** : le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau, créée 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. Cette définition nous amène à la notion d'aire de santé.

### **2-1-4 Notion d'aire de santé**

L'aire de santé est la zone couverte par un CSCOM ou Centre de santé d'Arrondissement revitalisé (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 5000 et 10000 habitants vivant dans un rayon de 15km autour d'un CSCOM /CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologiques. Ces critères ont pour but de permettre aux CSCOM/CSAR :

- une fréquentation suffisante pour le rendre viable,
- une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transports font généralement défaut. (6)

## **2-2 Processus de mise en place du CSCOM (7)**

La mise en place d'un CSCOM passe par le processus suivant :

- **Constitution de L'ASACO** : il s'agit de l'élaboration du statut et du règlement intérieur de reconnaissance de l'ASACO par le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales.
- **Approche communautaire, négociation** (mise en place du CSCOM) :  
Il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation.
- **Elaboration du projet du CSCOM** : Elle passe par les étapes suivantes (8) :
  - l'engagement des différents partenaires (états et/ ou ONG),
  - l'obtention de l'agrément,
  - la signature de la convention d'assistance mutuelle (CAM) avec l'Etat.

Le cadre de cette convention d'assistance mutuelle est défini par l'arrêté interministériel n° 94-5092/ MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 modifié depuis environ 5ans par l'arrêté interministériel n°314 dont les articles 3 et 10 stipulent :

Article 3 : « le CSCOM est une formation sanitaire de premier 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 »

Article 10 : « l'ASACO doit signer une convention avec le Ministère de la santé publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative du lieu d'implantation du CSCOM. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'Etat et de l'ASACO. Elle détermine de façon précise les domaines de compétence du CSCOM par rapport au centre de référence ».

L'ASACO peut être donc définie comme la 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.

Les engagements de cette convention d'assistance mutuelle sont les suivants : (9)

**POUR L'ASACO :**

- assurer à la place de l'état, un service publique minimum : le paquet minimum d'activité ;
- participer au coût de construction/réhabilitation du CSCOM.
- assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM, l'entretien de l'infrastructure ;
- fournir au service socio sanitaire des rapports sur la gestion et des activités du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;
- déclarer officiellement le personnel ;
- assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;
- tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion du service socio sanitaire de cercle ou de commune.

**POUR L'ETAT :**

- assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale) ;
- contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM
- équiper ou compléter l'équipement ;
- renouveler le gros matériel médical
- mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;
- assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;
- assurer la formation technique du personnel ;
- assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (paquet minimum d'activités) ;
- exercer une supervision technique périodique du CSCOM

## **2-3 FONCTIONNEMENT ET ORGANES DE GESTION DE L'ASACO**

Selon les textes régissant les ASACO, elles doivent être dotées des structures dirigeantes suivantes :

- **Assemblée générale (AG)** : elle est appelée aussi assemblée des membres adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé.
- **Le conseil d'administration (CA)** : il est l'organe d'exécution des décisions de l'AG.
- **Le comité de gestion (CG)** : il est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du centre de santé.
- **Le comité de surveillance (CS)** : il est chargé de la surveillance des activités du CG

Toute ASACO dotée de ces organes peut créer son centre de santé communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire.

Les ASACO sont organisées en :

- Fédération locale des associations de santé communautaire (**FELASCOM**) ;
- Fédération régionale des associations de santé communautaire (**FERASCOM**) ;
- Fédération nationale des associations de santé communautaire (**FENASCOM**).

D'après la FENASCOM, le Mali compte en 2004 environ 650 ASACO/CSCOM.

## Méthodologie

### 1- Cadre de l'étude

#### 1-1 le quartier de *Magnambougou* et la commune VI

##### 1-1-1 Aspects historiques

Le quartier de *Magnambougou*, situé à la sortie de la Commune VI a été créé en 1926 par les ouvriers de la briqueterie située au bord du fleuve Niger. Les ouvriers étaient logés au sein de l'usine, mais chaque fois qu'il y avait licenciement, la personne devait obligatoirement quitter son logement. De plus le directeur français de l'usine nommé « *Monsieur Moyen* » n'acceptait pas les visites des parents au sein de la cité ouvrière. Conscients de ces problèmes, les ouvriers licenciés se sont réunis en 1949 pour aller demander le terrain aux vieux de « *Djantiguela* » qui est l'actuel *Djaneguella*. Ces derniers n'étant pas propriétaire du terrain les ont conduit à *Hidjila* (*Bozola Bamako*). Après accord du propriétaire, le déménagement légal a commencé. Le territoire donné aux ouvriers était appelé *Sibirila* où se trouvait déjà un ancien combattant du nom de *Moussa Traoré*. Le chef des ouvriers qui s'occupait des démarches pour l'acquisition du terrain se nommait *Sidiki Sangaré*. Ainsi le nom du chef d'usine a été donné au quartier *Moyenbougou*= village de *Moyen* qui est devenu *Magnambougou* par déformation dialectale.

Toutes les ethnies y étaient représentées : Malinké, Peulh, Bambara, Senoufo, Mossi, Sarakolé...

L'activité principale restait l'agriculture. En 1960 *Moyenbougou* ne comptait encore que treize familles. Le peuplement a continué jusqu'en 1984, année où le projet urbain a commencé ses travaux. L'attribution des parcelles est passée de l'autorité locale à celle administrative de la commune VI. Dès lors cette zone viabilisée aux constructions récentes est appelée « *Magnambougou Projet Urbain* » et la zone des anciennes constructions « *Magnambougou Village* ».

##### 1-1-2 Présentation du quartier de *Magnambougou* :

*Magnambougou* est l'un des 9 grands quartiers de la commune VI situé à la partie sud-est du District de Bamako. Il occupe la partie nord de la dite Commune.

*Magnambougou* est aujourd'hui un grand quartier résidentiel avec 6685 ménages. La population est estimée à 42035 habitants en 1998 (SELON L'ETUDE MONOGRAPHIQUE DE LA COMMUNE VI EN 2005) (10).

Il est limité au nord par le fleuve Niger et le quartier de *Missabougou* ; au sud par le quartier de *Djanéguela* et celui de *Sokorodji* ; au sud-ouest il y a le quartier de *Sokoniko* ; à l'est il y a le quartier de *Yirimadjo*. Jusqu'en 1991 les besoins en matière de santé du quartier étaient couverts par le centre de santé de la Commune VI situé à 4km.

*Magnambougou* compte 2 Groupes scolaires publics, 1 lycée privé, 1 centre d'enseignement technique et professionnel privé, 1 centre de santé communautaire et 1 marché.

### **1-2 L'association et son centre de santé**

La naissance du centre de santé communautaire de *Banconi* en Mars 1989 et la réussite de cette première expérience ont créé une dynamique incitant les autres quartiers à suivre l'exemple.

Le premier pas qui a conduit à la création de l'ASACOMA revient au docteur *Bakary Moumoune Dembélé* qui a réalisé une étude de faisabilité après de nombreux contacts avec les leaders du quartier de *Magnambougou* (11).

Après une série de porte en porte pour la sensibilisation des chefs de familles des quartiers de *Magnambougou*, *Sokorodji* et *Djanéguela*, une assemblée générale fut convoquée pour mettre en place l'association de santé communautaire de *Magnambougou* en juillet 1991. Le contexte était alors marqué par la révolution sociale liée aux événements de Mars 1991. Un bureau exécutif et un conseil d'administration ont été mis en place. Ils étaient composés des représentants des différents quartiers concernés. Le bureau était composé d'un président de l'association, un secrétaire administratif et un trésorier. Le bureau actuel est composé de 11 membres:

- un président de l'association
- un vice président
- un secrétaire administratif
- un trésorier général
- un trésorier adjoint
- deux secrétaires à l'organisation

- deux commissaires aux comptes
- deux commissaires aux conflits

### **1-2-1 LA PREMIERE ACTIVITE DE L'ASACOMA**

Après la création de l'association, le bureau s'est fixé comme objectif premier l'ouverture du centre.

Avec l'aide de certaines bonnes volontés, des cartes d'adhésions ont été confectionnées. Les contacts ont été multipliés auprès des organismes tels que l'USAID, l'ONG SANTE SUD, l'UNICEF et des services de la Division Santé Familiale (DSF), la Direction Nationale des Affaires Sociales. Des aides ponctuelles ont permis l'obtention des premiers meubles et du matériel médical.

Le premier stock de médicaments a été fourni à crédit par l'ASACOMA. La vente des cartes d'adhésion (200 environs) a servi de premier fonds de trésorerie. Un bâtiment a été loué à un particulier et a permis au centre d'ouvrir ses portes le 16 septembre 1991. Les objectifs du centre sont consignés dans les statuts et règlements intérieurs élaborés à partir de ceux de l'ASACOMA.

### **1-2-2 Présentation du centre de santé**

#### **1-2-2-1 Aspects institutionnels :**

Le centre de santé communautaire de *Magnambougou* est une structure de droit privé, qui est la propriété d'une association à but lucratif déclarée auprès du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé sous le récépissé n° 09590 MATDB.

Les activités du centre se déroulent conformément à la politique définie par les autorités sanitaires du pays. De ce fait le centre entretient des relations d'ordre fonctionnel avec les autres structures du District en particulier avec la mairie de la Commune VI.

#### **1-2-2-2 Aspects techniques**

Le centre est dirigé par un médecin directeur qui assume la responsabilité de tous les actes médicaux et obstétricaux réalisés au sein du centre.

Le médecin directeur est tenu de faire respecter tous les droits et devoirs des patients que reçoit le centre. Il est le garant de la qualité des soins qui y sont

dispensés. Il veille à ce que les cas compliqués soient rapidement référés vers les services compétents.

Le centre comprend :

**-Un dispensaire** où sont effectuées les consultations de médecine générale par un médecin.

**-Une unité de soins infirmiers** dirigée par un infirmier diplômé d'Etat (I.D.E.). Cette unité peut faire appel au médecin pour les cas compliqués d'incision d'abcès ou de blessure large.

**-Une maternité** dirigée par une sage femme qui effectue :

- \* Les consultations prénatales
- \* Les accouchements
- \* Les consultations post- natales
- \* Les consultations de planning familial

**-Un centre de l'enfant** dirigé par un infirmier diplômé d'Etat, qui procède à la visite systématique des enfants sains et à leur vaccination.

**-Un laboratoire d'analyses biomédicales** dirigé par une technicienne supérieure de laboratoire.

- **Une pharmacie** dirigée par un aide comptable.

### **1-2-2-3 Aspects organisationnels**

#### **De l'association :**

\* **L'adhésion** : chaque chef de ménage résidant à *Magnambougou* peut adhérer à l'association, en payant la carte à 1000FCFA (la carte est annuelle). Il sera alors en mesure de participer à toutes les activités de l'association, en particulier à voter lors des assemblées générales et à présenter sa candidature aux diverses fonctions au sein de l'association. La qualité d'adhérent ouvre le centre non seulement aux membres mais aussi à ses ayants droits qui regroupent ses propres parents directs (père et mère) ses épouses légitimes régulièrement inscrites dans son carnet de famille et de ses enfants mineurs légitimes.

- Les instances structurelles de l'association comprennent trois organes :
  - l'assemblée générale
  - le conseil d'administration

-le comité de gestion (le bureau exécutif)

**L'assemblée générale (AG)** est l'instance suprême de l'association. Elle définit la politique générale de l'association.

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le bureau exécutif où à la demande de ses membres actifs. Elle est chargée d'élire les membres du conseil d'administration.

**Le conseil d'administration (CA) :** comprend les membres élus en assemblée générale pour une durée de 3 ans renouvelable et les membres de droit avec voix consultative dont le médecin chef du centre ou de Commune et le maire de la Commune. Le CA exerce les pouvoirs nécessaires à son bon fonctionnement. Il convoque l'AG et fixe l'ordre du jour de ses travaux.

Il élabore le projet de budget et le programme d'activité de l'association. Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la simple demande de la majorité de ses membres.

**Le comité de gestion ou bureau exécutif (BE)** du centre est composé de 4 membres :

- le président de l'association,
- le secrétaire administratif,
- le trésorier général,
- le médecin chef du centre.

#### **a) Le centre de santé**

Le centre de santé communautaire de *Magnambougou* est dirigé par son médecin Directeur aux côtés duquel travaillent les autres agents du centre à savoir :

- un infirmier diplômé d'Etat,
- une sage femme,
- une technicienne supérieure de laboratoire
- deux matrones,
- un gérant,
- Un gardien faisant aussi fonction de manoeuvre.

Les différentes structures fonctionnelles du centre de santé sont constituées en unités, dirigées chacune par un responsable désigné par le médecin

Directeur. Le personnel travaillant dans une unité donnée est placé sous la responsabilité directe du responsable de l'unité et ce dernier rend compte du déroulement de ses activités au médecin Directeur.

- **L'infrastructure et les activités**

- **Situation géographique :**

Le centre de santé de l'ASACOMA est situé à *Magnambougou* au carrefour des Rues 397 et 520.

En face du centre de santé de l'ASACOMA se trouve une église catholique. Derrière le centre de santé se trouve une école de base séparée de l'école du projet urbain par la cour d'éducation physique de la dite école.

- **Les locaux**

Le centre de santé de l'ASACOMA regroupe : un dispensaire, une maternité, un centre de l'enfant.

- \* **Le Dispensaire :**

Il a ouvert ses portes le 16 Septembre 1991 et comprend :

- **une salle de consultation médicale** où il existe un paravent qui sépare le bureau du médecin à la table d'examen,
- **une pharmacie** comprenant une surface de vente et une surface de stockage (des étagères en bois accrochées aux murs pour recevoir des médicaments),
- **un laboratoire**, ouvert en Novembre 1993,
- **une salle de mise en observation** avec 5 lits,
- **deux toilettes** situées derrière la salle de consultation, une pour le personnel et l'autre pour les malades.
- **Une salle de soins infirmiers** abritant en même temps le bureau du Major.

- \* **La Maternité**

Elle a ouvert ses portes en même temps que le dispensaire et se compose de :

- . **Une salle de consultation prénatale** dans laquelle le bureau de la sage femme est séparée de la table d'examen gynécologique par un paravent. Cette salle sert aussi à la consultation post- natale et à la planification familiale.

. **Une salle d'accouchement** comportant deux tables d'accouchement.

. **Une salle de repos des accouchées** de 4lits.

- Un hangar utilisé pour la vaccination et les démonstrations nutritionnelles
- un magasin
- une salle pour le gardien

**Le Paquet Minimum d'Activité (PMA)** comprend les activités suivantes :

**.Activités curatives** : elles couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

**.Activités préventives** : elles portent sur la consultation prénatale (CPN), l'assistance aux accouchements, la consultation post- natale (CPON), le planning familial, la surveillance et la vaccination des enfants ainsi que des femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire aussi en stratégie avancée.

**.Activités promotionnelles** : Information, Education, Communication en santé (I E C).

## **2- Type et période d'étude :**

Pour mener cette étude deux types d'enquêtes ont été effectués à savoir :

- **Une enquête rétrospective** portant sur les données recueillies entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2004.

La collecte des données a été effectuée à partir des registres d'activités du centre de santé. De même Une évaluation au profil de morbidité a été réalisée à partir du système de recueil des données en place.

- **Une enquête transversale** s'est déroulée du 5 février 2006 au 28 mars 2006.

Elle a consisté à faire une récolte de données à travers une interview d'un échantillon représentatif de la population de la zone d'influence du centre de santé.

## **3- Population d'étude :**

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

\*Critères d'inclusion : Toute personne âgée d'au moins 18 ans résidant dans la zone d'influence du centre de santé de *Magnambougou*.

\*Critères de non inclusion : Toute personne d'âge inférieur à 18 ans ou ne résidant pas dans la zone d'influence du centre de santé de *Magnambougou*.

#### **4- Echantillonnage :**

. **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 de l'ASACOMA recueillies auprès de la mairie de la Commune VI. Dans chaque concession choisie, on a interrogé toutes les personnes adultes (au moins 18ans) hommes et femmes jusqu'à obtention de l'effectif requis. La population adulte de la zone d'influence de l'ASACOMA a été estimée à 18042 habitants. L'échantillon voulu a été 902 (5%). Un pas de sondage calculé ( $18042/902=20$  concessions) a été respecté entre les concessions choisies à partir du centre de santé.

.**Un échantillonnage aléatoire systématique** aussi a été effectué sur l'ensemble des ordonnances servies au cours de l'année 2002 pour évaluer le coût moyen de l'ordonnance dans la structure sanitaire. Les ordonnances de 2002 ont été choisies car elles étaient les plus au complet par rapport aux autres années. Un taux de sondage de 5% a été choisi. Ainsi sur 10427 ordonnances servies, 521 ont été examinées. Le tirage aléatoire des 521 ordonnances s'est fait à partir du tirage aléatoire des trois premiers chiffres d'un billet de banque, ce qui a donné le chiffre 015 ; ce chiffre correspond au numéro de la première ordonnance à examiner, les 520 autres sont obtenues en ajoutant systématiquement un pas de sondage de 20.

**\*Une enquête exhaustive** du personnel du centre de santé communautaire et des membres du conseil d'administration de l'association de santé communautaire (voire questionnaires en annexe).

#### **5- Analyse des données :**

Les informations recueillies ont été saisies et analysées sur Epi-Info version 6, et le traitement de texte sur le logiciel Word.

## Résultats

### 1- EVALUATION DE L'ASACOMA :

#### 1-1 Processus de création (enquête auprès des membres du CA) :

Le bureau du conseil d'administration de l'ASACOMA compte 11 membres.

Le comité de gestion est composé de 4 membres. Il a été mis en place par le CA par nécessité pour faciliter la gestion du centre. Ces membres ont été élus depuis l'assemblée générale de l'an 2000.

L'enquête a porté sur 7 des 11 membres du CA qui étaient disponibles.

Les sept responsables de l'association interrogés ont déclaré tous que l'initiative de création de l'ASACOMA était venue d'un jeune médecin à la recherche d'emploi. Ce dernier contacta son oncle par l'intermédiaire de sa femme (responsable politique à l'époque) pour faire accepter l'idée de création du centre par la population après une étude de faisabilité. Après que l'idée ait été acceptée un bureau provisoire a été mis en place. C'est ainsi que la sensibilisation a commencé de proche en proche, puis par microphone par le secrétaire à l'organisation à l'époque. Des assemblées de sensibilisation ont été organisées dans les quartiers de *Magnambougou*, *Sokorodji* et *Djanéguela* par l'intermédiaire des chefs de quartier. Bien que certains membres du bureau provisoire étaient de l'ancien parti unique, tous ont estimé que l'association est entièrement apolitique.

L'objectif de la sensibilisation dans les quartiers était de montrer l'appartenance du futur centre de santé aux populations et de les informer qu'il serait géré par l'ASACOMA. Par rapport aux réunions du CA, le président du CA affirme que tous les membres de cette structure ne sont pas toujours présents aux réunions trimestrielles ; et que l'effectif réellement fonctionnel est 7.

Les membres du comité de gestion sont les plus réguliers.

La contribution des membres fondateurs a été déterminante puisque malgré qu'il n'y avait que 200 adhésions avant l'ouverture du centre, les cartes d'adhésion ont été confectionnées, les locaux ont été loués et les premiers meubles ont été fournis grâce aux différents aides.

Comme consignées dans les statuts et règlement intérieurs, les réunions sont trimestrielles pour le CA et le comité de gestion se réunit

mensuellement avec possibilité de réunions extraordinaires sur convocation du président.

Par rapport au CSCOM, tous les membres du bureau déclarent que le centre est d'une importance capitale puisque c'est la population même qui en assure la gestion. Les membres du bureau sont satisfaits du centre et de son personnel et déclarent que bien que la compétence technique soit recherchée en priorité, ils accordent une plus grande importance aux qualités humaines.

Quant à la question du bénévolat, 5 membres estiment que cela pose problème et qu'il faudrait réfléchir à une forme de motivation qu'il faut leur accorder, compte tenu de la situation socio économique. Les 2 autres pensent que tout doit reposer sur la contribution personnelle des membres du bureau.

Pour l'assurance de la pérennité de l'ASACOMA tous les membres du bureau déplorent :

- L'absence de siège de l'association
- le manque de fond en dehors de ceux générés par le centre
- le manque d'activités élaborées par l'association autres que celles du centre de santé.

Les membres du bureau sont invités à être disponibles, à faire preuve de beaucoup d'initiative pour stimuler la motivation de ses membres et de la population.

### **1-2 Enquête auprès du personnel du centre de santé :**

Il ressort de l'enquête que le personnel du centre est constitué de 8 agents technique à savoir : un docteur en médecine, trois techniciens de santé, deux matrones, un gérant et un gardien. L'âge moyen du personnel est de 39 ans. Ce personnel est reparti entre : le dispensaire, la maternité, le laboratoire, la pharmacie et la salle de soins. Il faut signaler qu'il y a 5 agents bénévoles dont quatre aides soignants et une matrone.

**Un seul** des agents de santé présents à l'ASACOMA a participé au processus de mise en place du CSCOM.

**Deux des huit** agents sont membres de l'ASACOMA. Parmi les 6 autres, un trouve une incompatibilité entre le travail du centre et celui de l'association.

**Six / huit** des agents ont connu l'ASACOMA avant leur recrutement et deux au moment de leur recrutement ;

**Sept** estime que l'ASACOMA aide le centre de santé à atteindre ses objectifs et une personne estime le contraire et pense que l'ASACOMA doit redoubler d'effort dans la sensibilisation de la population.

**Cinq / huit** estiment que les conditions de travail sont satisfaisantes.

**Tous** les agents affirment que la consultation est gratuite pour le personnel et déclarent payer leurs médicaments.

**Six/huit** ont plus de 7 ans d'emploi à l'ASACOMA.

**Sept** affirment qu'il y a une bonne entente entre les membres du personnel, cependant une personne déclare qu'il existe souvent de petits mal entendus.

**Cinq/huit** des agents estiment qu'il faut intéresser financièrement les membres du bureau et qu'il faudra prendre leur rémunération sur la marge bénéficiaire réalisée par le centre et sur le prix des cartes d'adhésion

**Cinq/huit** des agents sont d'avis qu'ils sont motivés par le médecin directeur et 2 par le président de l'ASACOMA.

**Tous** les agents déclarent que le centre reçoit des missions d'évaluation provenant du centre de référence de la commune VI et de la direction régionale de la santé.

Ces missions d'évaluation sont bien vues par les agents qui pensent qu'elles aident le centre à atteindre ses objectifs, en corrigeant les lacunes, en améliorant les connaissances ; ainsi les prestations tendront vers une meilleure performance. Le centre reçoit occasionnellement des stagiaires venant de la France et du Canada. Pour l'amélioration de ses conditions de travail le personnel de l'ASACOMA suggère :

**-le recrutement** d'agents de santé et la suppression du bénévolat,

**-la sensibilisation** afin d'augmenter le nombre d'adhérent,

**-des contacts individuels** avec tout le personnel,

**-un ravitaillement** suffisant de la pharmacie en médicaments pour éviter les ruptures de stock qui constituent une véritable entrave à la bonne marche du centre,

**-l'approvisionnement** correct du centre en équipement (le microscope, le réfrigérateur),

**-la construction d'un nouveau bâtiment** dans le centre pour le logement du médecin directeur,

**-l'augmentation des salaires,**

-tenir régulièrement **des réunions hebdomadaires** de synthèse portant sur les activités de la semaine et le fonctionnement du centre par le médecin directeur et l'ensemble de son personnel.

Il ressort de cette enquête que le personnel de l'ASACOMA estime travailler dans de relatives bonnes conditions mais déplorent surtout le manque de matériel technique et de personnel pour le centre qui tourne avec les bénévoles dont la gestion est difficile.

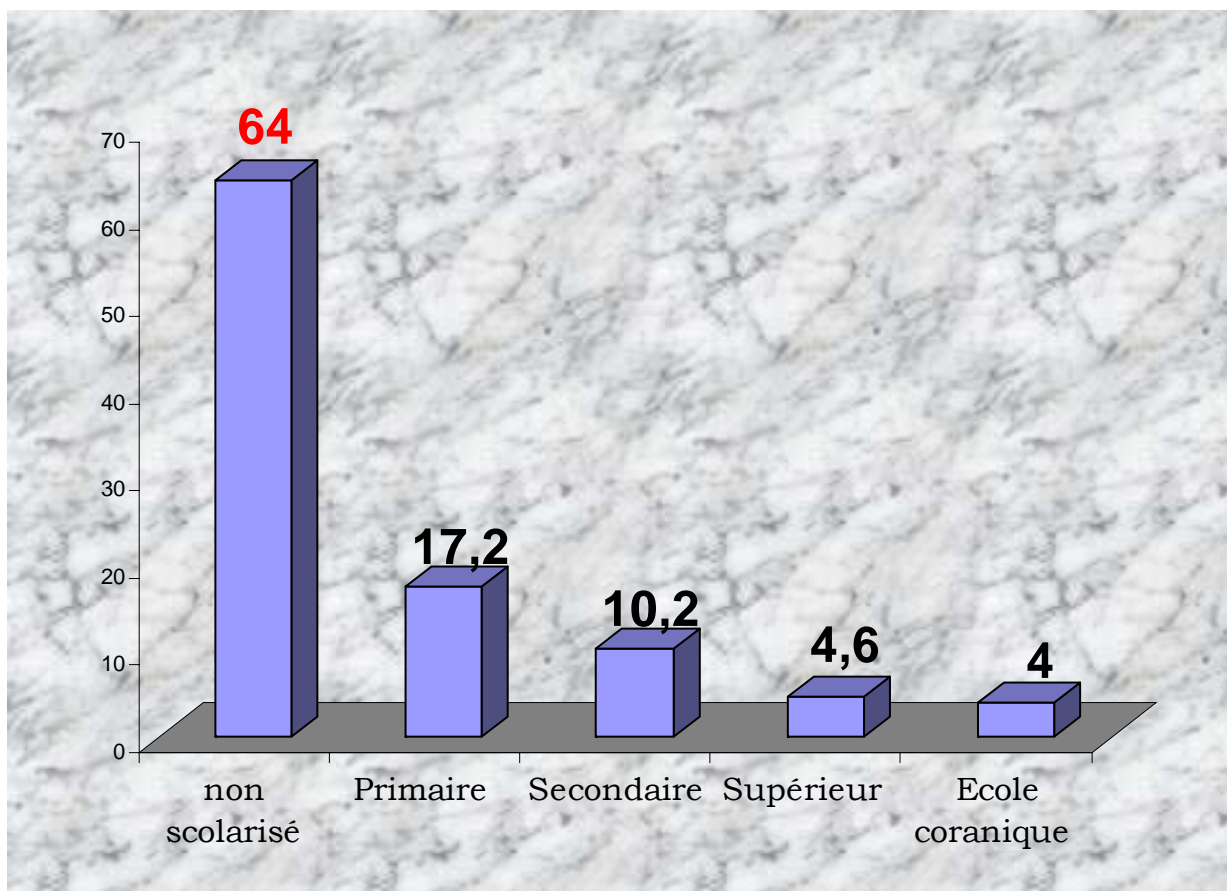
## 2- Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOMA et du CSCOM par la population (interview auprès des usagers)

### 2-1 Présentation de la population

**Tableau I** : Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'alphabétisation.

Niveau d'alphabétisation	Effectif absolu	Pourcentage
Pas été à l'école	577	<b>64</b>
Primaire	155	17,2
Secondaire	92	10,2
Supérieur	42	4,6
Ecole coranique	36	4
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

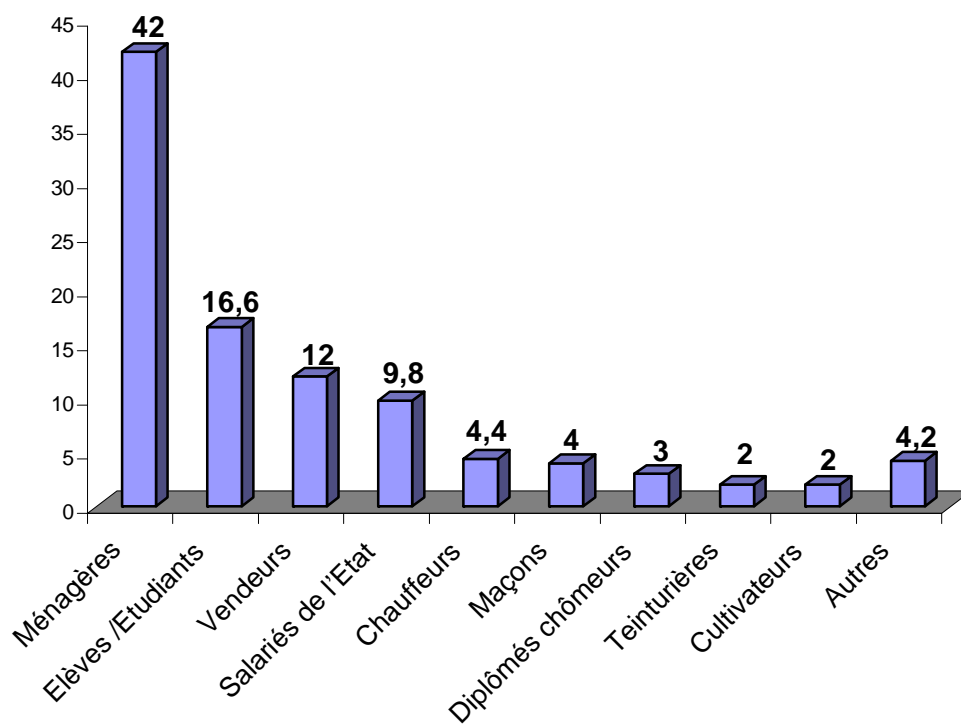
La population enquêtée est analphabète à 64% (577/902); 17,2% n'ont pas dépassé l'école primaire et seulement 4,6% ont suivi des études supérieures.



**Tableau II** : Répartition de la population enquêtée selon les occupations actuelles

<b>Occupations actuelles</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagères	379	<b>42</b>
Elèves /Etudiants	150	16,6
Vendeurs	108	12
Salariés de l'Etat	88	9,8
Chauffeurs	40	4,4
Maçons	36	4
Diplômés chômeurs	27	3
Teinturières	18	2
Cultivateurs	18	2
Autres	38	4,2
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

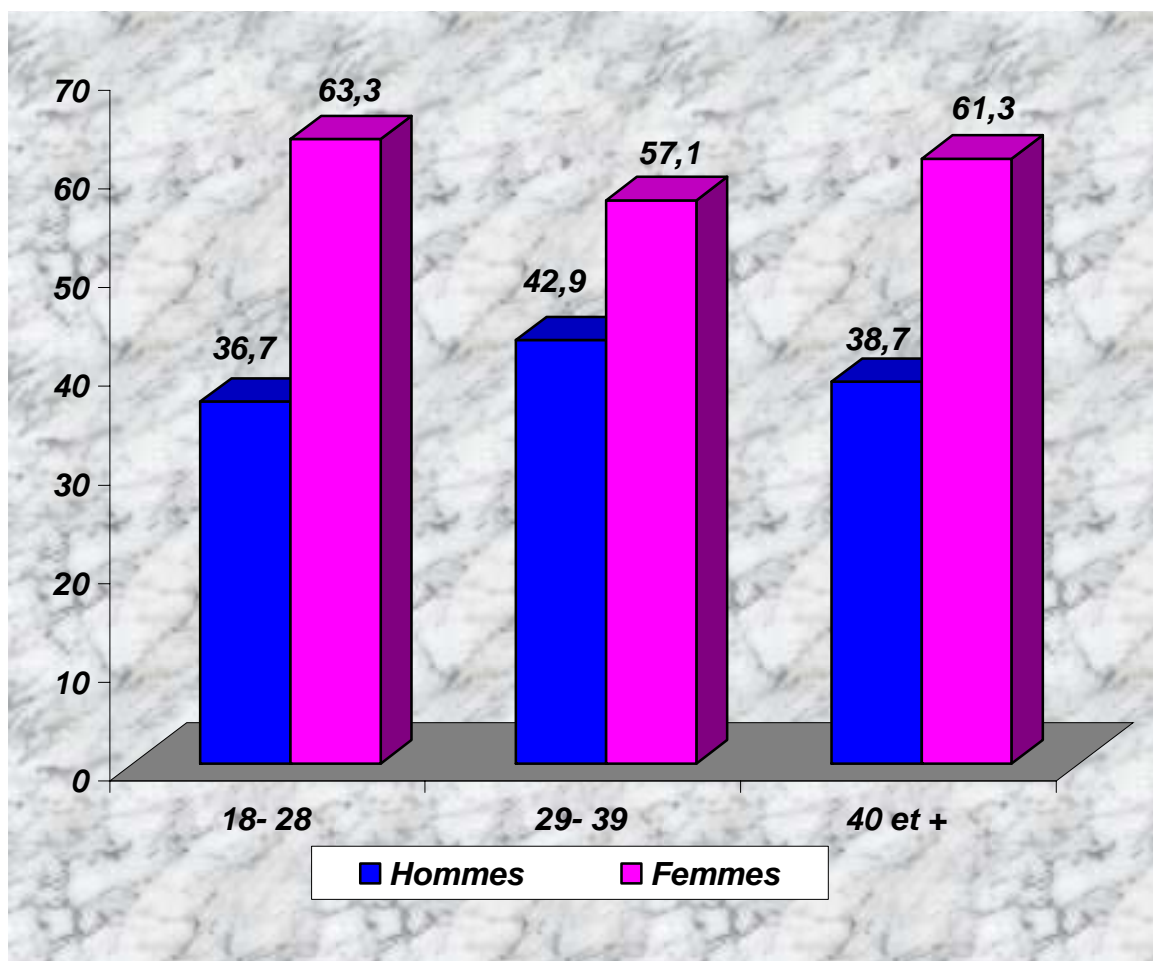
Les ménagères sont les plus nombreuses 42% (379/902) suivies des élèves des étudiants et étudiants 16,6% ; les cultivateurs sont peu nombreux 2%.



**Tableau III** : Répartition de la population enquêtée par âge et par sexe

<b>Sexe/Âge</b>	<b>18- 28 (n=240)</b>	<b>29- 39 (n=352)</b>	<b>40 et + (n=310)</b>	<b>Total (902)</b>
<b>Hommes</b>	36,7	42,9	38,7	39,8
<b>Femmes</b>	63,3	57,1	61,3	60,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La majorité des personnes enquêtées avaient l'âge compris entre 29 et 39 ans et les femmes étaient les plus nombreuses (543/902).

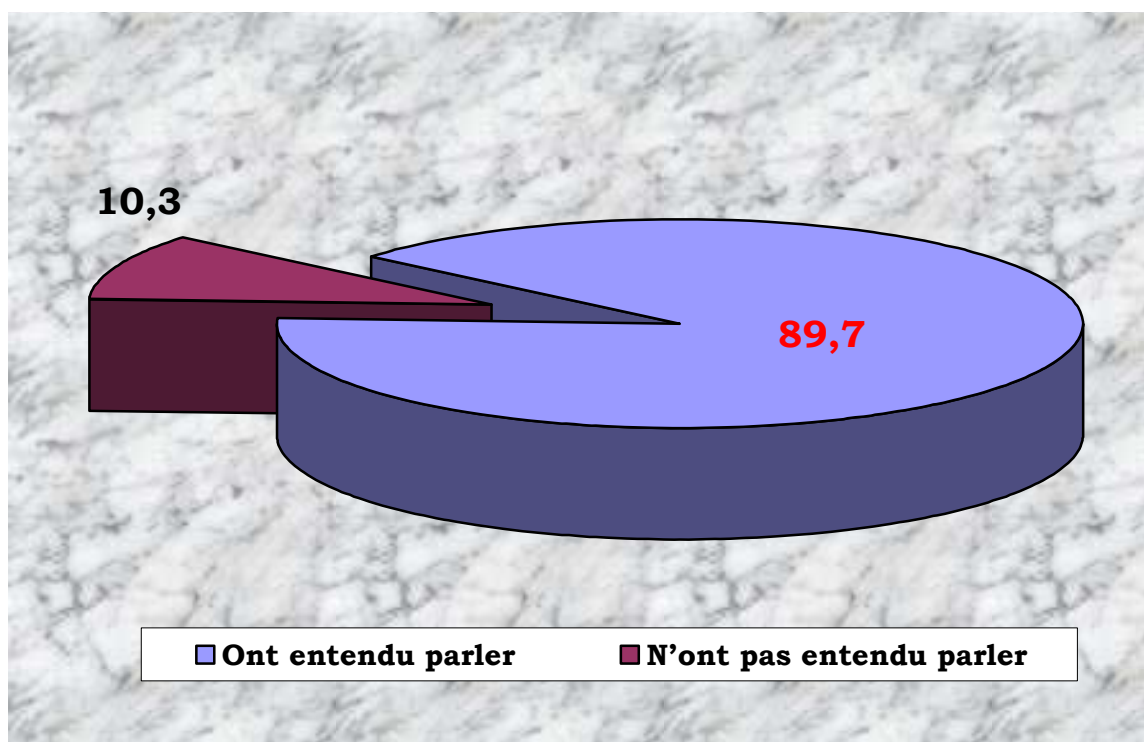


## 2-2 La connaissance de l'ASACOMA par la population

**Tableau IV** : Répartition de la population selon la connaissance de leur association.

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Ont entendu parler	809	89,7
N'ont pas entendu parler	93	10,3
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

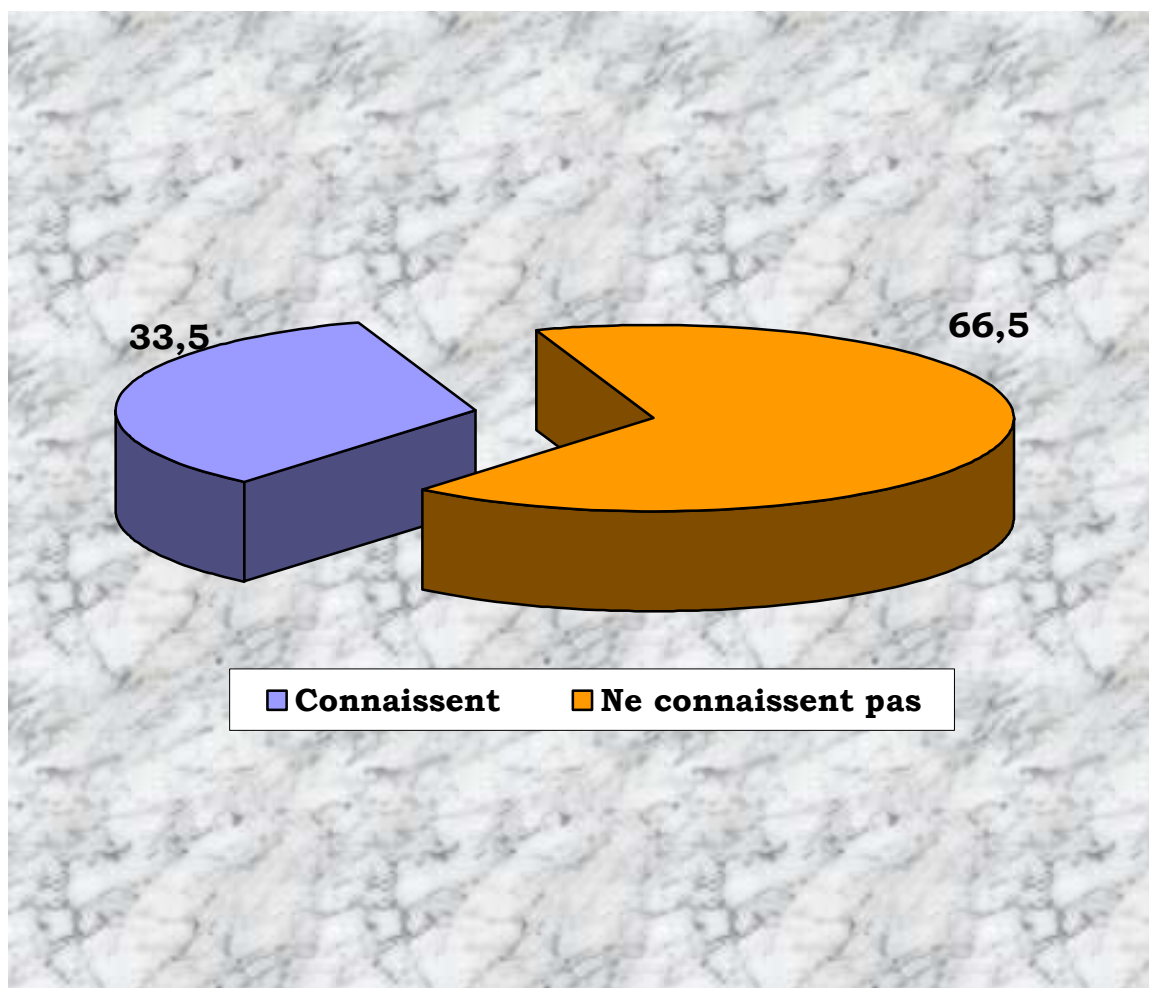
89,7% des personnes interrogées ont entendu parler de leur association de santé communautaire.



**Tableau V** : Répartition de la population selon la connaissance d'un membre du conseil d'administration (CA)

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	302	33,5
Ne connaissent pas	600	66,5
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

Il n'y a que 33,5% (302/902) des personnes interrogées qui connaissent un membre de CA.



**Tableau VI** : Répartition de la population selon la connaissance d'un membre Du comité de gestion (CG) de l'ASACOMA

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	134	14,9
Ne connaissent pas	768	85,1
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

Seulement 14,9% (134/902) des enquêtés connaissent un membre du comité de gestion CG.

**Tableau VII** : Répartition selon les gens qui ont assisté à une assemblée du CA ou du CG de l'ASACOMA.

<b>Assistance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ont assisté	80	8,9
N'ont pas assisté	822	91,1
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

Seulement 8,9 % (80/902) de l'échantillon ont assisté à une assemblée générale de l'ASACOMA. Ce résultat montre une faible mobilisation de la population autour de l'ASACO.

**Tableau VIII:** Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du bénévolat des membres du CA.

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	39	4,3
Ne connaissent pas	863	95,7
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

95,7 % (863/902) de la population ne savent pas que les membres du bureau sont bénévoles.

**Tableau IX :** Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif d'adhésion de l'ASACOMA

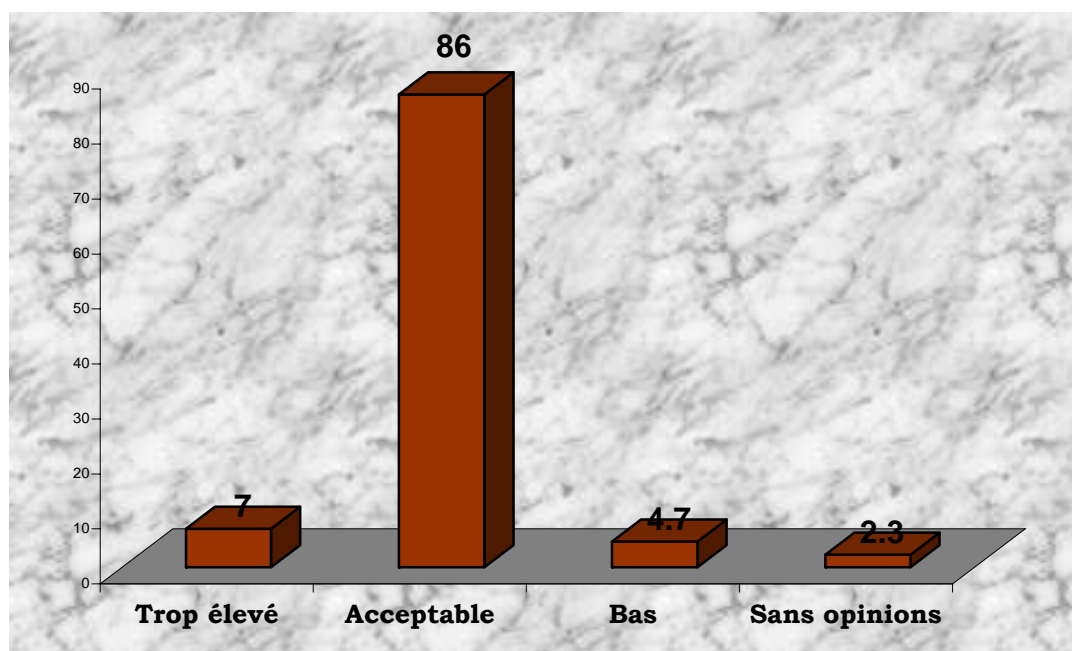
<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	640	71
Ne connaissent pas	262	29
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

71% (640/902) des enquêtés connaissent le tarif d'adhésion à l'ASACOMA.

**Tableau X :** Répartition de la population selon leur perception du tarif d'adhésion qui est 1000 F CFA

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Trop élevé	63	7
Acceptable	776	86
Bas	42	4,7
Sans opinions	21	2,3
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

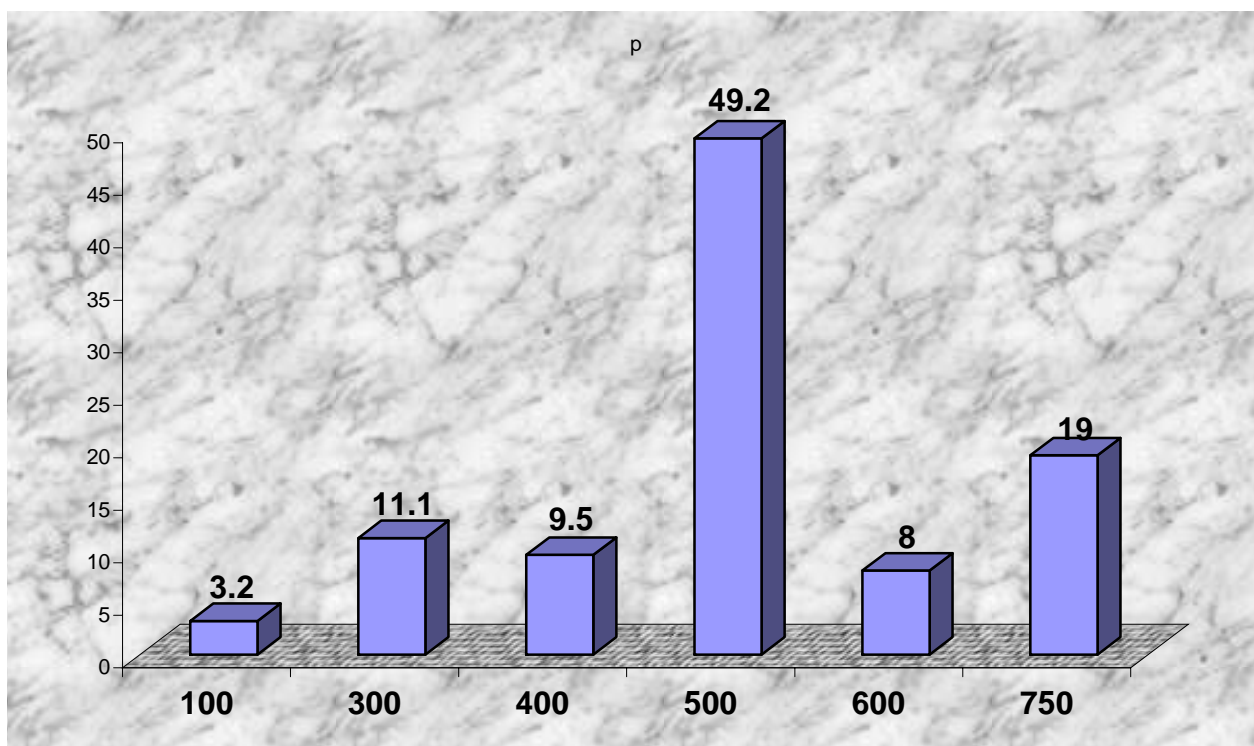
Le tarif d'adhésion de 1000 F est acceptable pour 86 % (776/902) et trop élevé pour 7% (63/902) de la population enquêtée.



**Tableau XI :** Répartition de la population enquêtée en fonction de leur proposition de tarif

<b>Proposition</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
100	2	3,2
300	7	11,1
400	6	9,5
500	31	49,2
600	5	8
750	12	19
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

49,2% (31/63) souhaitent 500 FCFA comme tarif d'adhésion de l'ASACOMA.



**Tableau XII :** Répartition de la population selon leur appartenance à l'ASACOMA

<b>Adhésion</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Adhérents	135	15
Non adhérents	767	85
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

On retient qu'il n'y a que 15% (135/902) de la population enquêtée qui sont adhérents à l'ASACOMA, alors que 89,7 % connaissent l'Association. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'activité de sensibilisation à l'égard de la population de l'aire de santé de l'ASACOMA.

**Tableau XIII :** Répartition de la population enquêtée selon sa source d'information par rapport à la connaissance de l'ASACOMA

<b>Source</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Parent	105	13
Ami ou voisin	585	72,3
Membre du CA	50	6,2
Membre de l'association	32	4
Personnel du centre	25	3
Autres	12	1,5
<b>Total</b>	<b>809</b>	<b>100</b>

L'information par rapport à la connaissance de l'ASACOMA provient d'un ami ou d'un voisin 72,3% (585/809) alors que seulement 6,2 % (50/809) proviennent des responsables de l'association.

**Tableau XIV:** Répartition de la population enquêtée selon leur connaissance sur la nature des prestations du centre

<b>Nature</b>	<b>OUI</b>		<b>NON</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Consultation médicale	796	88,3	106	11,7
Consultation prénatale	586	65	316	35
Accouchement	803	89	99	11
CPON	326	36,2	576	63,8
Vaccination	820	91	82	9
Vente de médicament	775	85,9	127	14,1
Petite chirurgie	442	49	460	51
Soins infirmiers	820	91	82	9
Analyse laboratoire	478	53	424	47

Les prestations offertes par le centre de santé sont connues par la presque totalité de la population. Mais il faut savoir que la consultation post natale est la moins connue.

**Tableaux XV :** Répartition des avis de la population selon leur connaissance de l'appartenance du centre de santé

<b>Connaissent</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Etat	226	25
Communauté	483	53,6
Médecin	45	5
Particulier	81	9
Ne sait pas	67	7,4
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

53,6% (483/902) des enquêtés savent que le centre est communautaire.

**Tableaux XVI** : Répartition de la population enquêtée selon le recours antérieur aux prestations offertes par le centre.

<b>Recours</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Ont eu recours	859	95,2
N'ont pas eu recours	43	4,8
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

93% (839/902) de la population ont déjà eu recours aux prestations du centre de l'ASACOMA.

**Tableau XVII** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif de consultation pratiquée au centre

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	755	83,7
Ne connaissent pas	147	16,3
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

83,7% (755/902) des enquêtés connaissent le tarif de consultation pratiquée au centre.

**Tableau XVIII** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif de consultation appliquée pour les adhérents au centre

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	608	67,4
Ne connaissent pas	294	32,6
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

67,4% (608/902) des enquêtés connaissent le tarif de consultation pratiquée au centre pour les adhérents.

**Tableau XIX** : Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du tarif de consultation pour les non adhérents au centre

<b>Connaissance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Connaissent	776	86
Ne connaissent pas	126	14
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

86 % (776/902) des enquêtés connaissent le tarif de consultation pratiquée au centre pour les non adhérents.

**Tableau XX:** Répartition de la population enquêtée selon les raisons évoquées pour la fréquentation du centre de santé.

<b>Raisons évoquées</b>	<b>Effectif absolu /902</b>	<b>Pourcentage</b>
Proximité	794	88
Tarif abordable	678	75,2
Accueil	496	55
Disponibilité du personnel	361	40
Médicaments peu chers	747	82,8
Rapidité du service	81	9
Sans opinion	21	3

Les raisons de la fréquentation du centre de santé de l'ASACOMA sont beaucoup plus liées à la proximité 88% ; aux coûts moins chers des prestations (médicaments 82,8%, à la tarification 75,2%) et l'accueil du personnel 55%.

**Tableau XXI :** Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de la cible à laquelle s'adressent en priorité les prestations du centre

<b>Cibles</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Femme enceinte	5	0,6
Femme adulte	0	0
Tout le monde	897	99,4
Enfant	0	0
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

La presque totalité de la population enquêtée 99,4 (897/902) affirment que les prestations offertes par le centre de santé de l'ASACOMA s'adressent à tout le monde.

**Tableau XXII:** Répartition de la population enquêtée selon la connaissance du statut des agents techniques du centre de santé.

<b>Statut</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Etat	198	22
Communauté	469	52
Privé	38	4,2
Ne sait pas	197	21,8
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

52% (469/902) des enquêtées savent que les agents techniques du centre sont employés par la communauté par contre 4,2 % (38/902) pensent qu'ils sont privés.

**Tableau XXIII :** Répartition de la population enquêtée selon la connaissance de la destination des fonds du centre.

<b>Destination</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Caisse de l'état	243	27
Comité de gestion	443	49
Personnel du centre	54	6
Ne sait pas	162	18
<b>Total</b>	<b>902</b>	<b>100</b>

49% (443/902) des enquêtés disent que les fonds sont destinés au comité de gestion de l'ASACOMA alors que 6% (54/902) croient qu'ils sont pour le personnel du centre.

### **3 - Evaluation des activités du CSCOM**

Pour voir l'évolution des effectifs des populations spécifiques (population générale, femmes enceintes, femmes en âge de procréer, les enfants de 0 à 11 mois, le document exploité a été celui de l'EDS- III (enquête démographique et santé) en 2001 (12). C'est ainsi que le tableau ci-dessous a été dressé.

**Tableau XXIV** : Répartition de la population de l'aire de l'ASACOMA selon les populations cibles et les années.

<b>Population Cible/année</b>	<b>Population Générale</b>	<b>Femmes enceintes</b>	<b>Femmes en âge de procréer</b>	<b>Enfants de 0-11 mois</b>
2000	36 571	1 828	7 022	1 185
2001	37485	1 874	7 197	1 214
2002	38 399	1 920	7 373	1 244
2003	39 313	1 966	7 548	1 274
2004	40 227	2 011	7 723	1 303

Les femmes enceintes représentent 5% (1874) de la population en 2001 ; Celles en âge de procréer représentent 19,2% (7197) et les enfants de moins d'un an représentent 3,24% (1214) de la population.

### 3-1 Evaluation des activités curatives

Le nombre de consultations externes effectuées de 2000 à 2004 a permis de dresser le tableau suivant :

**Tableau XXV** : Evolution des consultations médicales en fonctions des années

<b>Consultations/ Année</b>	<b>Consultations externes</b>	<b>Nombre moyen de consultations/mois</b>	<b>Nombre moyen de consultations/jour</b>	<b>Taux de couverture en %</b>
2000	19025	1589	53	52,02
2001	20030	1669	56	53,43
2002	22312	1859	61	58,43
2003	24116	2010	67	61,34
2004	26278	2190	73	65,32

On note une évolution nettement croissante des consultations médicales. Les consultations médicales ont atteint 26278 en 2004 avec par mois 2190 et 73 par jour. Le taux de couverture augmente d'année en année mais de manière faible, ainsi il a progressé de 52,02% en 2000 à 65,32% en 2004.

**Tableau XXVI**: Evolution des accouchements assistés en fonction des années

<b>Accouchement/ année</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Nombre moyen d'accouchement/mois</b>	<b>Nombre moyen/jour</b>	<b>Taux de couverture</b>
2000	386	32	1	21,28
2001	346	29	1	18,46
2002	520	43	1	27,08
2003	711	59	2	36,16
2004	639	53	2	31,77

On note une augmentation du nombre d'accouchements de 2000 à 2003 mais le taux de couverture reste toujours faible de 2000 à 2004. Ainsi on obtient un taux de 36,16% en 2003 qui est le maximum.

On constate que le nombre d'accouchements est beaucoup moins inférieur à celui des consultations prénatales, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes accouchent le plus souvent dans les centres de santé de référence et dans les structures sanitaires privées.

**Tableau XXVII** : Evolution des activités du laboratoire en fonction du type d'analyse et de l'année

Type d'analyse	Année				
	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hématologie</b>					
NFS (Hb)	64	64	25	38	11
Groupage/rhésus	189	211	259	521	549
Test d'Emmel	182	207	266	513	567
BW	186	215	282	551	536
Glycemie	0	0	13	6	6
GE	650	395	464	425	358
<b>Parasito-bactériologie</b>					
Albumine Sucre	1 138	1144	1 290	2 417	2 192
ECBU	166	140	87	56	40
Selle POK	367	206	114	159	71
Sérologie Widal	0	0	0	42	225
Frottis vaginal	116	65	25	16	4
<b>Autres</b>					
Test HCG	37	91	88	76	78

L'analyse la plus fréquemment demandée est l'albumine sucre car elle est systématiquement demandée à chaque visite prénatale.

**Tableau XXVIII:** Morbidité observée en 2002

<b>Affections</b>	<b>Effectifs Absolus</b>	<b>Pourcentage</b>
Paludisme présumé	5 800	34,4
Diarrhée	1615	9,59
Méningite	1	0
Toux < 15 jours (broncho-pneumonie)	3724	22,1
IRA haute	953	5,6
Hématurie (Bilharziose)	112	0,7
Urétrite aiguë	417	2,5
Ulcération génitale	7	0
Malnutrition protéino – calorique	17	0,1
Troubles liés à la grossesse	20	0,1
Troubles liés à l'accouchement	10	0,1
Traumatisme, plaie, brûlure	2431	14,4
Affections oculaires	113	0,7
Affections de la bouche et des dents	179	1,1
Autres	705	4,2
<b>Total</b>	<b>16104</b>	<b>100</b>

Le paludisme présumé reste la pathologie la plus fréquente avec 34,4%

**Tableau XXIX :** Morbidité selon le sexe

<b>Affections</b>	<b>Sexe</b>		<b>Total (N=16104)</b>
	<b>Masculin (n=8315)</b>	<b>Féminin (n=7789)</b>	
Paludisme présumé	33,5	38,7	36,0
Diarrhée	11,6	8,3	10,0
Méningite	0,0	0,0	0,0
Toux < 15 jours (broncho-pneumonie)	22,8	23,5	23,1
IRA haute	5,8	6,0	5,9
Hématurie (Bilharziose)	1,0	0,4	0,7
Urétrite aiguë	1,8	3,5	2,6
Ulcération génitale	0,0	0,0	0,0
Malnutrition protéino – calorique	0,1	0,1	0,1
Troubles liés à la grossesse	0,0	0,3	0,1
Troubles liés à l'accouchement	0,0	0,1	0,1
Traumatisme, plaie, brûlure	18,6	11,3	15,1
Affections oculaires	0,7	0,7	0,7
Affections de la bouche et des dents	0,9	1,3	1,1
Autres	3,1	5,8	4,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin est le plus touché par le paludisme avec 38,7% et par les broncho pneumonies avec 23,5%.

**Tableau XXX** : Morbidité par tranche d'âge

Affections	Tranche d'âge (en année)				
	<1 (n=1971)	1-4 (n=4424)	5-14 (n=2341)	15-44 (n=6554)	>44 (n=814)
Paludisme présumé	21,0	26,3	55,8	42,9	12,8
Diarrhée	21,6	16,8	5,2	3,6	6,0
Méningite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toux < 15 jours (broncho-pneumonie)	42,7	45,1	20,1	5,1	9,8
IRA haute	10,6	9,4	10,0	1,0	3,2
Hématurie (Bilharziose)	0,0	0,0	0,4	1,2	2,7
Urétrite aiguë	0,0	0,8	3,1	4,5	1,8
Ulcération génitale	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Malnutrition protéino- calorique	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1
Troubles liés à la grossesse	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0
Troubles liés à l'accouchement	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Traumatisme, plaie, brûlure	0,0	0,1	1,8	30,1	50,5
Affections oculaires	0,1	0,2	0,1	0,9	4,4
Affections de la bouche et des dents	0,1	0,1	1,2	1,5	5,8
Autres	0,0	0,9	2,1	8,5	2,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les enfants de 5 à 14 sont plus touchés par le paludisme avec 55,8% et ceux de 1 à 4 ans par les broncho pneumonies avec 45, 1 %.

### 3-2 les Activités de la pharmacie et la qualité de prescription

Le nombre d'ordonnances servies en 2002 est de 10 427. Ce nombre relativement bas, servi par rapport aux nombres de consultations (13 279) s'expliquerait par une mauvaise conservation des souches d'ordonnances et le fait que certains n'ont pas été servis au centre.

**Tableau XXXI:** Répartition des ordonnances servies selon la qualification du prescripteur en 2002

<b>Qualification</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	250	48
Etudiant en Médecine	182	35
Sage Femme / IDE	78	15
Autres	11	2
<b>Total</b>	<b>521</b>	<b>100</b>

Dans l'échantillon 521 ordonnances issus de l'ensemble des ordonnances délivrées en 2002, on note que 48% (250/521) ont été délivrées par le médecin du centre ; 35% (182/521) par les étudiants en Médecine. Cette observation met en évidence l'évolution vers la médicalisation du système.

**Tableau XXXII:** Répartition des ordonnances selon le nombre de produits de spécialités délivrées.

<b>Effectif/Nombre de spécialités</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
0	406	78
1	99	19
2	16	3
<b>Total</b>	<b>521</b>	<b>100</b>

Seulement 19% (99/521) des ordonnances contiennent une spécialité ; 78% (406/521) des prescriptions sont en DCI. Ce résultat est un élément de la qualité de la prescription selon les recommandations de la politique nationale de santé.

### 3-3 Evaluation des activités préventives et promotionnelles

**Tableau XXXIII** : Répartition des gestantes en fonction du nombre de consultations prénatales effectuées et des années

<b>Nombre de femme/année</b>	<b>Nombre de consultations</b>	<b>Nombre de consultation /mois</b>	<b>Taux de couverture en %</b>
2000	602	50	32,93
2001	666	56	35,54
2002	789	66	41,09
2003	1 073	89	54,58
2004	1 691	141	84,08

On note une évolution croissante du nombre de CPN au cours des années, De 32,93% en 2000 on est passé à 84,08% en 2004.

**Tableau XXXIV** : Evolution des consultations de la PF au cours des années

<b>Année</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Moyenne mensuelle</b>
2000	110	9
2001	301	25
2002	244	20
2003	247	21
2004	186	16

On note une variation du nombre de consultation de la PF au cours des années d'où la nécessité d'intensifier la sensibilisation, On constate que 2001 (301) a enregistré plus de cas que les autres années.

**Tableau XXXV** : Répartition des consultations de PF selon la méthode et par année

<b>Méthode/année</b>	<b>2000 (n=110)</b>	<b>2001 (n=301)</b>	<b>2002 (n=244)</b>	<b>2003 (n=247)</b>	<b>2004 (n=186)</b>
Pilule orale	28,2	26,2	20,5	34,8	0
Depo-provera	71,8	22,3	54,9	65,2	100
Spermicide	0	31,6	24,6	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La Depo-provera est la méthode contraceptive la plus utilisée avec un taux de 71,8% en 2000 et 100% en 2004, Les spermicides ont été utilisés seulement en 2001 et 2002 avec des taux respectifs de 31,6 et 24,6%.

**Tableau XXXVI** : Evolution du suivie des enfants sains de 0 à 11 mois en fonction des années

<b>Année</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>Moyenne mensuelle</b>
2000	473	39
2001	535	44
2002	724	60
2003	886	73
2004	888	74

Cette activité augmente d'année en année mais de manière faible car de 39 consultations mensuelles en 2000, on est passé jusqu'à 74 en 2004, La faiblesse de ces chiffres semble être liée aux habitudes des populations qui n'ont recours aux structures sanitaires qu'en cas de maladie.

**Tableau XXXVII** : Evolution de la vaccination au BCG chez les enfants de 0 à 1 an

<b>Année</b>	<b>Effectif attendu</b>	<b>Effectif trouvé</b>	<b>Taux de couverture</b>
	1185		
2000		396	33,42
2001	1214	649	53,46
2002	1244	452	36,33
2003	1274	630	49,45
2004	1303	692	53,10

Le rapport des enfants vaccinés par enfants à vacciner au BCG est passé de 33,42% en 2000 à 53,46% en 2001 à 36,33% en 2002 à 49,45% en 2003 à 53,10% en 2004, Ces rapports sont faibles car la majorité des enfants du secteur de l'ASACOMA se faisaient vacciner au centre de santé de la commune VI.

**Tableau XXXVIII** : Evolution de la vaccination au DTCP chez les enfants de 0 à 1 an

<b>Antigène/Année</b>	<b>DTCP1</b>	<b>DTCP2</b>	<b>DTCP3</b>
2000	521	568	519
2001	721	675	672
2002	578	619	691
2003	667	662	608
2004	666	648	624

On constate que chaque année les nombres d'enfants vaccinés en DTCP1, DTCP2 et en DTCP3 sont différents, Ceux-ci semblent montrer que les enfants ne sont pas réguliers aux vaccinations, Ils peuvent s'expliquer aussi par le fait que certains enfants commencent leurs vaccinations ailleurs pour venir les compléter à l'ASACOMA ou bien ils les commencent à l'ASACOMA et vont les compléter ailleurs ou n'achèvent pas leur programme de vaccination.

**Tableau XXXIX** : Evolution de la vaccination anti- rougeoleux chez les enfants de 0 à 1 an

<b>Année</b>	<b>Effectif attendu</b>	<b>Effectif trouvé</b>	<b>Taux de couverture</b>
2000	1185	468	39,49
2001	1214	563	46,37
2002	1244	597	48,0
2003	1274	491	38,54
2004	1303	489	37,52

Les taux de couverture sont faibles au vaccin anti-rougeoleux avec un taux maximum de 48% en 2002.

## **Commentaires**

### **1- Validité fiabilité de la méthode et des données :**

La réalisation de la présente étude a été rendue difficile par le manque d'uniformité entre les différentes bases de recueil des données existantes et par le manque de recueil de certaines informations très utiles pour approfondir l'analyse. La différence n'est pas correctement fait entre les nouveaux malades et les anciens. Les supports disponibles ont été exploités manuellement, puis ont fait l'objet d'analyse informatisée grâce au logiciel Epi-Info. Les données des prestations médicales ont été recueillies à partir des registres. Dans ces documents, il n'a pas été possible de donner la proportion des adhérents fréquentant le centre, pour se donner une idée de la vitalité de l'association, car ces données ne sont pas portées sur le registre.

La comparaison de ce centre avec d'autres a été rendue impossible à plusieurs points de vue. Les informations comptables fournies n'ont pas permis de tracer un profil comptable fiable du centre de santé, encore moins de faire une comptabilité analytique pour apprécier les secteurs de viabilité du centre et ceux qui méritent un appui.

### **2- Par rapport au processus de création de l'association :**

Le centre de santé de l'ASACOMA est le troisième centre de santé communautaire qui a été crée dans le District de Bamako après l'ASACOMA en 1989 et l'ASACOSEK en 1990. Sa création résulte d'une initiative du premier médecin directeur qui s'est inspiré sur l'expérience des deux premiers. Il faut noter que dans le processus de création d'un CSCOM, l'étape de l'information et de la négociation est très importante et ne doit pas être conduite de façon hâtive , car c'est d'elle que dépend la pérennité du centre. Elle doit permettre une plus grande implication de toutes les couches sociales et de toutes les structures participatives de l'aire concernée. Elle doit durer au minimum 6 mois. Cependant elle peut varier selon le lieu et le contexte. Dans le cas de l'ASACOMA, l'approche communautaire semble avoir été facile puisqu'elle n'a duré que 4 mois environs. Ceci reflète le désir des populations de disposer d'un centre de santé au sein de leur quartier.

### **3- Par rapport à la connaissance de l'ASACOMA par son personnel technique :**

L'enquête auprès du personnel relève que 75% ont connu l'ASACOMA avant le recrutement et 25% au moment du recrutement,

- 25% des agents sont membres de l'ASACOMA,
- 100% des agents affirment que la consultation est gratuite pour le personnel et déclarent payer leurs médicaments,
- 75% ont plus de 7 ans d'emploi avec l'ASACOMA,
- 87% estiment que l'ASACOMA aide le centre à atteindre ses objectifs,
- 62% estiment que les conditions de travail sont satisfaisantes. Ce résultat est largement supérieur à celui de *TRAORE*, 25% (6).

Ces résultats montrent que le personnel a une bonne connaissance de l'association qui l'emploie et s'expliquent par leur engagement pour sa réussite et sa pérennisation.

### **4- Par rapport aux usagers (participation communautaire) :**

L'analyse des opinions des usagers trouve :

- un taux d'adhésion à 15% de la population contre 8% pour *MARIKO* <sup>(1)</sup>,
- 89,7% ont entendu parlé de l'ASACOMA ;
- 72,3% ont connu l'ASACOMA à travers un ami ou un voisin, Ceci prouve que la transmission des informations sur le centre de santé se fait surtout de proche en proche ;
- Les membres du CA sont connus par seulement 33,5% de la population.

L'analyse de ces résultats montre que l'ASACOMA doit fournir beaucoup d'efforts pour le bon fonctionnement de son bureau et la sensibilisation de la population. Cette situation peut mettre en cause la pérennité de l'association puisque celle-ci est liée à l'adhésion de la population de l'aire de santé et sa mobilisation dépend en grande partie de l'action du CA et aussi du personnel du centre.

#### **4-1 Par rapport à la participation de la population à la gestion de l'ASACOMA et du CSCOM : notre étude trouve**

- 8,9% de l'échantillon ont assisté à une assemblée générale de l'ASACOMA contre 15,7% pour *MARIKO* (1),
- 53,6% de la population savent que le centre est communautaire, Ce résultat est comparable à ceux des auteurs *AKORY* (3) en 2000 et *BALIQUE* et coll, en 2001 (8) qui trouvent respectivement 48% et 54,4% ;
- seulement 49% de la population connaissent la destination des fonds générés par le centre, Ceci est largement supérieur à celui de *TRAORE* 16,3% (6).

Ces résultats montrent que l'ASACOMA et son CSCOM sont mal connus par la population bénéficiaire. Ils sont dus au fait que le CA entreprend peu d'initiative en terme de sensibilisation des populations afin de les amener à mieux s'impliquer dans le fonctionnement du centre.

#### **4-2 Par rapport à la connaissance des activités menées au CSCOM :**

Notre étude relève que :

- les tarifications appliquées sont connues par 83,7% ;

Ces tarifs sont abordables pour 75,2% et 49,2% souhaitent que le tarif d'adhésion soit ramené à 500f.

Les prestations offertes par le centre sont connues par la presque totalité la population.

Ces résultats satisfaisants ne sont pas surtout dus à la sensibilisation mais plutôt à la force de fréquenter ces prestations.

#### **4-3 Par rapport au recours aux prestations du centre :**

Notre étude trouve que :

- 95,2% ont déjà eu recours au centre et que 90,5% sont prêts à le faire au besoin;

Les raisons de ce recours sont liées à la proximité 88% ; aux coûts moins élevés des prestations (médicaments 82,8 ; tarification 75,2) ; à l'accueil du personnel 55%.

Ces résultats montrent que c'est vraiment la nécessité qui a entraîné la création du centre de santé de l'ASACOMA, Ce résultat est comparable à celui de l'auteur *AKORY* et al (3).

#### **5- Evaluation des activités menées au centre :**

Les consultations médicales sont assurées par le médecin directeur, des étudiants en médecine et l'infirmier diplômé d'Etat à défaut des 2 premiers, Il existe un organigramme fonctionnel.

En ce qui concerne la maternité il y a une sage femme qui est chargée d'assurer les consultations prénatales, les accouchements et la planification familiale. En cas de descente de garde ces activités sont assurées par une matrone.

Un service d'accueil assuré par un agent bénévole, améliore considérablement la qualité de soins.

#### **6- Par rapport à l'importance des activités :**

En terme d'activités, le volume de consultations médicales externes enregistrées ne reflète pas forcément la réalité car il faut noter que toutes les consultations ne sont pas enregistrées en particulier lors des services de garde. En faisant la somme des activités réalisées en 2002, on trouve les taux de pourcentages suivants : 53,43% pour les consultations médicales ; 41,09% pour les consultations prénatales ; 27,08% pour les accouchements et 58,19% pour les consultations préventives des enfants. Il faut savoir que tous ces résultats augmentent de façon progressive d'année en année.

Ces résultats sont d'une importance majeure comme activités pour une structure de premier niveau avec peu d'agents permanents.

## **Conclusion**

Après une étude de 5 années d'activités du CSCOM, les résultats obtenus sont satisfaisants et sont imputables à l'engagement et à la volonté de tous les acteurs de pérenniser l'association. Cette étude dont les principaux objectifs ont été :

-de décrire le processus de création de l'ASACOMA et de son centre de santé,  
-d'évaluer le degré de connaissance de l'ASACOMA et de son centre de santé par son personnel technique et par la population,

-d'évaluer les activités menées au niveau du CSCOM sur une période de 5 années (de janvier 2000 à décembre 2004) ;

nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

### **1- Les points forts de cette association :**

Au terme de la présente étude, l'ASACOMA et son centre de santé peuvent être considérés comme une réussite. Le CSCOM a réussi le contrat initial qui lui avait été assigné par l'ASACOMA à savoir : assurer aux malades la meilleure qualité de l'offre possible, la proximité des soins, le bon accueil des malades, le respect des règles de la médecine, telles qu'elles sont enseignées dans les facultés, la prescription exclusive des médicaments essentiels présents sous dénomination commune internationale, le faible coût des services rendus.

Le personnel a un niveau de connaissance acceptable de l'association.

L'organisation au sein de l'association et du CSCOM est à un niveau acceptable.

Le PMA offert par le centre a un niveau de connaissance et de fréquentation satisfaisant pour certaines activités et est d'une qualité acceptable pour les bénéficiaires. Ceux-ci s'expliquent par les résultats suivants : les tarifs sont abordables pour 86% ; le centre de santé et ses prestations sont connues par la presque totalité de l'échantillon ; les 90,5% sont prêts à recourir au centre en cas de besoin.

### **2- Les points faibles de l'association :**

-L'organisation, l'implication et la mobilisation de la population autour des activités de l'association sont insuffisantes. Ceux-ci s'expliquent par les résultats suivants : un taux d'adhésion de 15% alors que la presque totalité

de l'échantillon connaît le CSCOM. Seulement 8,9% ont assisté une assemblée générale; le CA est connu par 33,5% seulement; 53,6% savent que le centre est communautaire, 49% seulement connaissent la destination des fonds.

Au vu de ces résultats on peut donc dire qu'il y a un risque à l'accaparement du centre par une minorité car la participation communautaire est faible,

-Certaines activités comme la CPON et la PF ont un taux de couverture très faible,

-L'insuffisance de supports de recueil de données adéquats pour des statistiques fiables sur le plan technique et financier,

-On note une insuffisance des activités génératrices de revenus de la part de l'ASACO, ce qui met en danger la pérennité de l'association à la longue.

## **Recommandations**

Aux termes de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

### **1- Aux membres du CA de l'ASACOMA :**

-La tenue régulière des assemblées générales dignes de nom et largement annoncées par au moins trois chaînes de radio différentes.

Au cours de ces assemblées le bureau devrait présenter le bilan financier aussi bien que technique. C'est à dire que sur le plan financier, la population doit être largement informée sur l'état des recettes annuelles, des dépenses effectuées au cours de l'année et du bénéfice réalisé. De même que sur le plan technique, elle doit connaître l'évolution du nombre d'activités effectuées au niveau du CSCOM.

Ainsi les communautés prendront conscience de leur véritable place dans la poursuite de l'expérience au lieu de voir la santé communautaire prise en otage par une minorité; En outre, elles peuvent s'organiser dans un cadre démocratique afin d'assurer l'alternance à la direction des instances de l'association pour éviter l'accaparement par une minorité des membres,

-Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle puisse comprendre et adhérer pleinement à cette idée de santé communautaire qui constitue de nos jours le seul moyen d'accès aux soins essentiels de qualité,

-Effectuer une large diffusion des cartes d'adhésion en assurant une information des chefs de famille et en augmentant les avantages accordés aux adhérents par rapport aux non adhérents afin d'amener les populations de l'aire de couverture du centre à adhérer à l'association et à participer activement à la vie associative,

-Assurer la conduite régulière de grands programmes d'action sanitaire afin de se faire mieux connaître comme par exemple les journées sida, de l'enfant, du paludisme, de l'allaitement maternel etc....

-Former le médecin à l'organisation et la gestion d'un centre de santé pour obtenir une meilleure maîtrise de l'organisation du travail.

-Recruter une deuxième sage femme pour une meilleure prise en charge des femmes,

-Prévoir une gestion informatisée du centre pour fiabiliser les données statistiques aussi bien techniques que financières.

**2- Au personnel du CSCOM et en particulier au médecin directeur :**

-Ouvrir un dossier par malade et mentionner si le patient est adhérent ou pas afin de mieux connaître l'évolution de la fréquentation du centre, de ses modalités de fonctionnement, des dépenses réalisées par personne,

-Créer un véritable service d'accueil pour informer et orienter les clients et rendre plus agréable l'attente en déposant par exemple des revues dans la salle d'attente ou en projetant des films éducatifs,

-Tenir régulièrement des réunions hebdomadaires avec tout le personnel afin de faire le compte rendu des activités menées au centre,

Le gérant de la pharmacie devrait s'appliquer d'avantage dans la tenue des registres et des souches d'ordonnances.

**3- Au ministère de la santé :**

-Former les membres de l'association et les agents de santé aux techniques modernes de sensibilisation et mobilisation sociale,

-Veiller constamment au respect des règles du système par les ASACO/CSCOM,

-Aider les ASACO/CSCOM à atteindre leurs objectifs en renforçant l'appui technique et administratif.

**RESUME :**



Cette étude rétrospective et transversale fait état

de cinq années d'activité de l'ASACOMA. Elle procède à une description du centre de santé ainsi que celui de l'association qui lui a donnée naissance. Elle fait état de la connaissance et de l'opinion de la communauté concernée sur le centre de santé et l'association; elle rapporte aussi des résultats de son bilan d'activité.

Cette étude nous montre :

- d'une part qu'il est possible que les communautés s'organisent et gèrent leur propre santé ;
- d'autre part qu'un centre de santé communautaire est capable d'apporter des soins de qualité aux populations.

Enfin elle débouche sur une analyse critique du modèle qui doit permettre aux responsables d'améliorer leur travail.

**Mots clés :** Evaluation, Association, Santé, communauté, *Magnambougou*