



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté

de Médecine

de Pharmacie et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° / ___ /

Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOBABA et de son centre de santé

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
De l'Université de Bamako

Par M. René DIARRA

Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président : Professeur Tiéman Coulibaly
Membres : Docteur Bakary Monzon DIARRA
: Docteur Samba DIOP,
Directeur : Professeur Amadou DIALLO

DIDICACES

&

REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu, le tout puissant de m'avoir donné la vie ; la santé et l'opportunité de réaliser ce travail.

Veillez m'accorder la sagesse de changer ce que je peux et accepter ce que je ne peux pas changer.

Puisse votre lumière guidée mes pas

A mes regrettés parents,

Baba et Christine COULIBALY (in memorium)

Vous avez été arraché à notre affection depuis tout petit cependant, vous continuez à faire partie de notre existence.

Que vos âmes reposent en paix

A mes Pères,

Nabé Vincent COULIBALY, Gabriel COULIBALY, Moussa COULIBALY, Lamissa COULIBALY, Yaya KAMATE, Thierno Hamidou DIALLO, Nicola KONE.

Merci pour votre soutien permanent

A mes mères,

Daniel COULIBALY, Souzane COULIBALY, Masseni COULIBALY, René Ené, Félicité Mounsokoro Tina, Awa et Rokia, Awa KAMATE, Tanti Marie, Tosso DIARRA et la famille DIALLO (Oumou KONE, Ana).

Merci pour votre soutien permanent

A mes sœurs,

Feu Maria Agnès, Marie, Ténin, Sabine, Martine, Massaran, Mariam, La Vieille et Feu Djénèba etc....

Ce travail est le votre

A mes frères,

Josephe DIABATE, Luis DIARRA, Patrice COULBALY, Benoi COULIBALY, Fanta Mady DIALLO, Mahamane MAIGA.

Merci

A mes amis,

Djiguiba CAMARA, Alpha SOW dit sorcier, Mamadou T. KONE, Bougou GOITA, Maad NASSER, Salah ABDINE, Moustapha Moussa SY, Alpha, Bréhima, Mamadou MARIKO, Diakiridja, Abdoula TRAORE dit Will, Abdoulaye SOW, Boune Oumar N'DIAYE etc....

Puisse le Seigneur vous guidez dans tous vos projets

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A Dieu le tout puissant à travers le Christ sauveur

Au professeur Tièman COULIBALY,

Vous avez toujours répondu à tous nos appels.
Puisse ALLAH vous gardez dans le bonheur.

Reconnaissance infinie

Au Professeur Amadou DIALLO,

Plus qu'un Maître, vous nous soutenez en père
Que Dieu seul éclaire ton chemin.

Reconnaissance infinie

Au Docteur Bakari Monzon DIARRA,

Je n'ai pas assez de mots pour témoigner ma profonde
gratitude envers vous.

Au personnel de l'ASACOBABA.

Merci pour tout

A Nah Koko HAIDARA.

Merci pour ta bonté surhumaine, ce travail est le tien

HOMMAGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tiéman Coulibaly

- **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré.**
- **Maître de conférence à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.**

Permettez nous de vous adresser ici nos remerciements les plus sincères en témoignage de notre admiration pour votre grande générosité, votre simplicité et votre amour pour la science en général et la médecine en particulier. Cher Maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Bakary Monzon DIARRA

- **Médecin généraliste**
- **Chef de service du centre de santé communautaire de l'ASACOBABA**

Cher maître

Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

Votre immense savoir multidisciplinaire, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre générosité nous imposent beaucoup de respect et une grande admiration.

Merci pour les critiques et les suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher maître, nos sincères remerciements et l'expression de notre profond respect.

A notre maitre et examinateur de la thèse,

Docteur Samba DIOP,

Enseignant-chercheur en anthropologie médicale, maitre assistant en sante publique, faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako.

- Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, bioéthique et éthique de sante publique.
- Responsable du cours « éthique et sciences » au DEA d'anthropologie, ISFRA, Université de Bamako.
- Responsable de la section « sciences humaines, sociales et bioéthique » de SEREFO, VIH et TB / FMPOS-NAID.
- Responsable du réseau « Chantier Jeunes » a la FMPOS-Université de Bamako/ ISFRA-Université de Bamako /Laboratoire de démographie-Université de Genève (Suisse).
- Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Cher maitre,

Votre souci du travail bien fait, votre exigence du respect de l'éthique médicale en matière de recherche, votre rigueur scientifique mettent en évidence vos qualités de chercheur professionnel douée de talents infinis. Nous apprécions à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bien.

Votre respect d'autrui, fait de vous un maitre admirable et respectée.

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits.

Cher maitre, soyez assuré de notre profonde gratitude. Que Dieu nous donne longue vie et plein de succès.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur *Amadou DIALLO*.

- Professeur de zoologie et de biologie animale.
- Professeur à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie.
- Ancien Chef du département des Sciences Fondamentales.
- 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. Vos qualités humaines et scientifiques ont très tôt retenu notre attention. Ces qualités, couplées à votre simplicité, votre patience, vos conseils de père et votre générosité font de vous une personnalité exemplaire. Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait. Nous sommes fiers de vous avoir eu comme encadreur.

Les mots nous manquent aujourd'hui, pour vous traduire toute notre affection et notre profonde gratitude.

Sommaire

	Page
Introduction	1
➤ Objectifs	3
Généralités	4
Quelques notions sur les soins de santé primaires	4
Rappels sur les associations de sante communautaires	5
Méthodologie	9
Cadre de l'étude	15
Type et période d'étude	
Population d'étude	
Echantillonnage	
Analyse des données	
Résultats	
Evaluation de l'ASACOBABA	
Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOBABA et du CSCOM par la population	
Evaluation des activités de du CSCOM	
Commentaires	
Validité, fiabilité de la méthode et des données	
Par rapport au processus de la création de l'association	
Par rapport à la connaissance de l'ASACOMA par son personnel technique	
Par rapport aux usagers	
Evaluation des activités menées par le centre	
Conclusion	
Les points forts de cette association	
Les points faibles de cette association	
Recommandations	
Aux membres du CA de l'ASACOBABA	
Au personnel du CSCOM et en particulier au médecin	
Directeur	
Au ministère de la sante	
VIII Bibliographique	
Annexes et résumé	

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). (7)

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

système 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^{ème} 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). (9)

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. (6)

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 (l'ASACOBABA) a été créée le 3 mars 1992; elle regroupe les quartiers de Banankabougou et Faladie-socoura.

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'ASACOBABA et son centre de santé communautaire.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Décrire le centre de santé et ses modalités de fonctionnement,
- Evaluer le degré de connaissance de l'ASACOBABA et de son centre de santé.
- 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.

II- GENERALITES

1- Quelques notions sur les soins de santé primaires

1-1 Définition : (9)

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 œuvre 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. (8)

2-2 Processus de mise en place du CSCOM (1)

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 :
 - 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 : (3)

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.

1- Cadre de l'étude

1-1 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.

Après une série de porte en porte pour la sensibilisation des chefs de familles des quartiers de *Faladie et Banankabougou* sur l'initiative d'un jeune médecin et quelques cadres du quartier, une assemblée générale fut convoquée pour mettre en place l'association de santé communautaire de *Faladie et Banankabougou* en 1992. 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

1-1-1 LA PREMIERE ACTIVITE DE L'ASACOBABA

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'ASACOBA. La vente des cartes d'adhésion (200 environs) a servi de premier fonds de trésorerie. Un bâtiment a été loué à un particulier à environ 500m à l'est de l'actuel. Cette structure a permis au centre d'ouvrir ses portes le 3 mars 1992. L'actuel bâtiment a été construit grâce au financement de l'ambassade du Japon à Dakar à hauteur de 37.000000 de francs CFA. Les objectifs du centre sont consignés dans les statuts et règlements intérieurs élaborés à partir de ceux de l'ASACOBA.

1-1-2 Présentation du centre de santé

1-2-2-1 Aspects institutionnels :

Le centre de santé communautaire de *faladie-Banankabougou*. 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 *Faladie-Banankabougou* 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 ou 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 *Faladie-Banankabougou* est dirigé par son médecin Directeur aux côtés duquel travaillent les autres agents du centre à savoir :

- un infirmier diplômé d'Etat,
- Trois sages femmes,
- Un gestionnaire comptable
- Un technicien supérieur de laboratoire
- deux matrones,
- un gérant et son adjoint

- Deux aides soignants
- Un gardien faisant aussi fonction de manœuvre.

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'ASACOBABA est contigu à la mairie de Banankabougou et sa porte fait face au Sud-est.

Son aire sanitaire s'étend à :

A l'est par le stade de 26 Mars de Yirimadio.

Au sud par la route nationale Bamako-Sikasso ;

Au nord par Sokorodji et Magnambougou

A l'ouest par Sogoniko

- **Les locaux**

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

- * **Le Dispensaire :**

Il a ouvert ses portes le 3 Mars 1992 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**
- **une salle de mise en observation** avec 5 lits, construit en 2006

- **deux toilettes** situées derrière la salle de consultation, une pour le personnel et l'autre pour les malades.

- **Une salle de soins infirmiers** conti 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 séparé de la table d'examen gynécologique par un paravent. Cette salle sert aussi à la consultation post- natale et à la planification familiale, et de conseling dans le cadre de dépistage précoce du VIH sida pour la protection de l'enfant né de mère séropositive PTME.

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

. **Une salle de repos des accouchées** de 3lits.

- 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^{er} janvier 2000 au 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 2008 au 28 mars 2008.

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'ASACOBABA. 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 *Faladie-Banankabougou*.

*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 *Faladie-Banankabougou*.

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'ASACOBABA 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'ASACOBABA 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 045 ; 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.

**Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOBABA 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	64
Primaire	155	17,2
Secondaire	92	10,2
Supérieur	42	4,6
Ecole coranique	36	4
Total	600	100

La population enquêtée est analphabète à 64% (577/600); 17,2% n'ont pas dépassé l'école primaire et seulement 4,6% ont suivi des études supérieures.

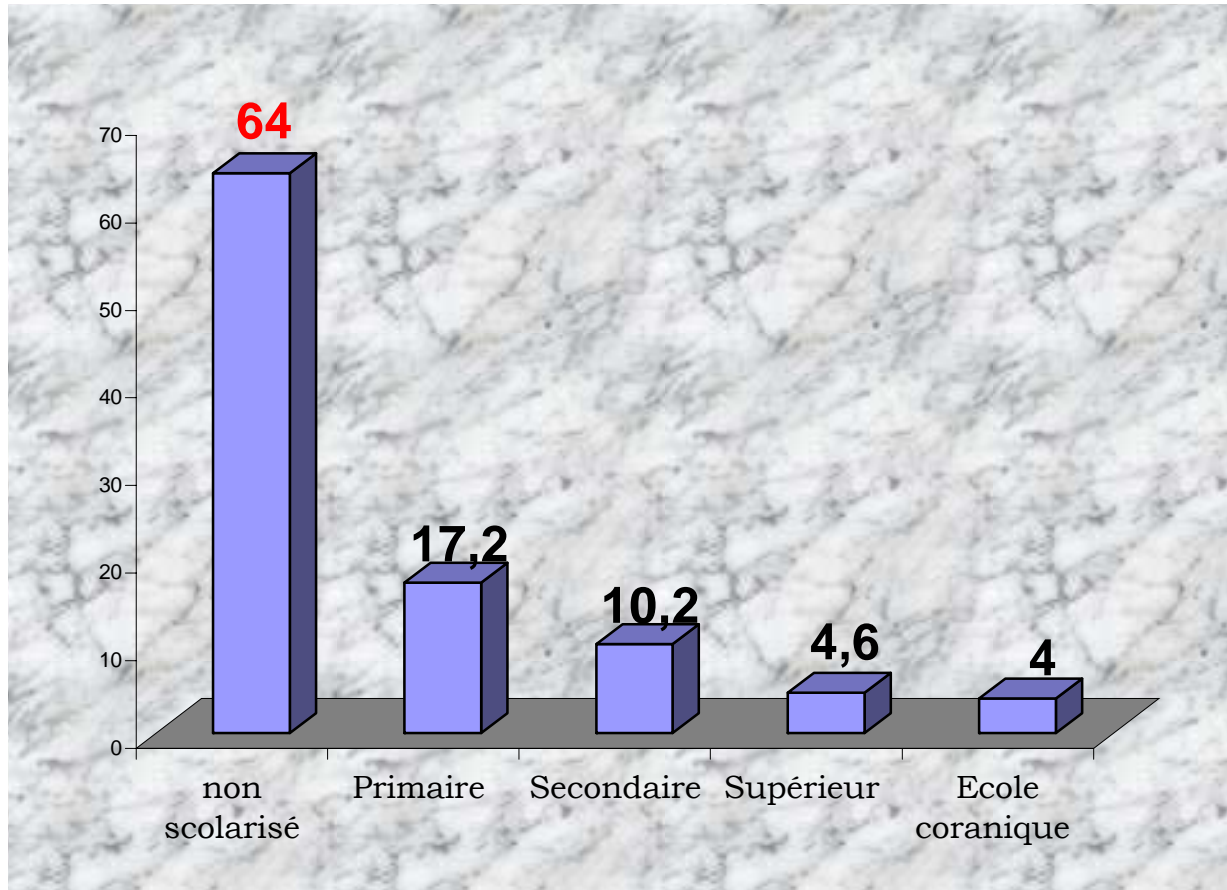


Tableau II : Répartition de la population enquêtée selon les occupations actuelles

<u>Occupations actuelles</u>	<u>Effectif absolu</u>	<u>Pourcentage</u>
<u>Ménagères</u>	<u>252</u>	<u>42</u>
<u>Elèves /Etudiants</u>	<u>100</u>	<u>16,6</u>
<u>Vendeurs</u>	<u>72</u>	<u>12</u>
<u>Salariés de l'Etat</u>	<u>59</u>	<u>9,8</u>
<u>Chauffeurs</u>	<u>26</u>	<u>4,4</u>
<u>Maçons</u>	<u>24</u>	<u>4</u>
<u>Diplômés</u>		<u>3</u>
<u>chômeurs</u>	<u>18</u>	
<u>Teinturières</u>	<u>12</u>	<u>2</u>

Cultivateurs

Autres

Total

12

25

302

2

4,2

100

Les ménagères sont les plus nombreuses 42% (252/600) suivies des élèves et étudiants 16,6% ; les cultivateurs sont peu nombreux 2%.

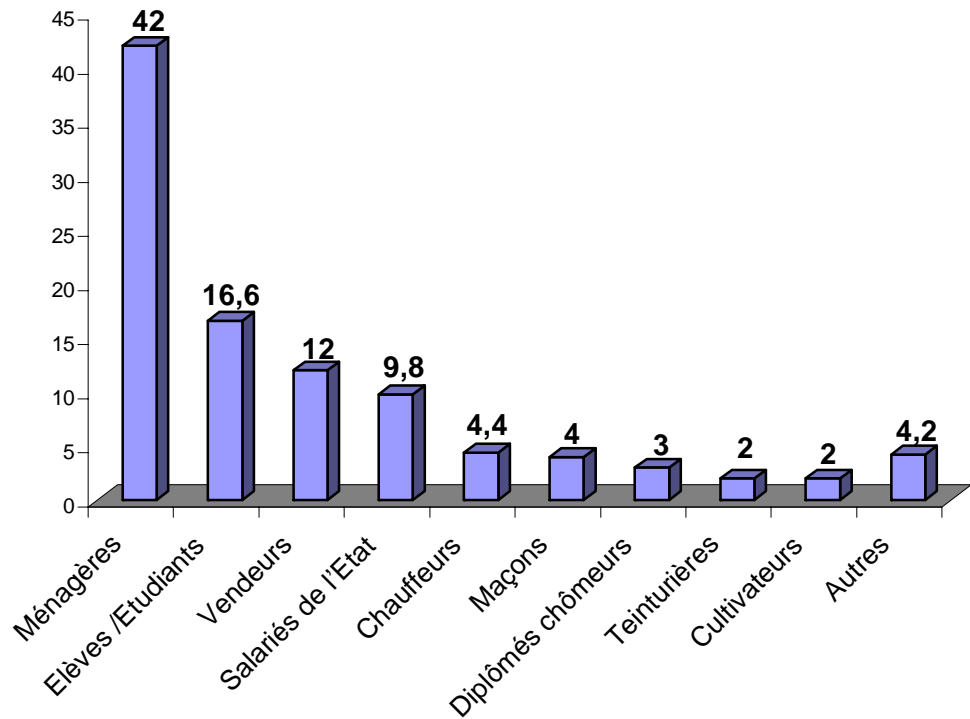


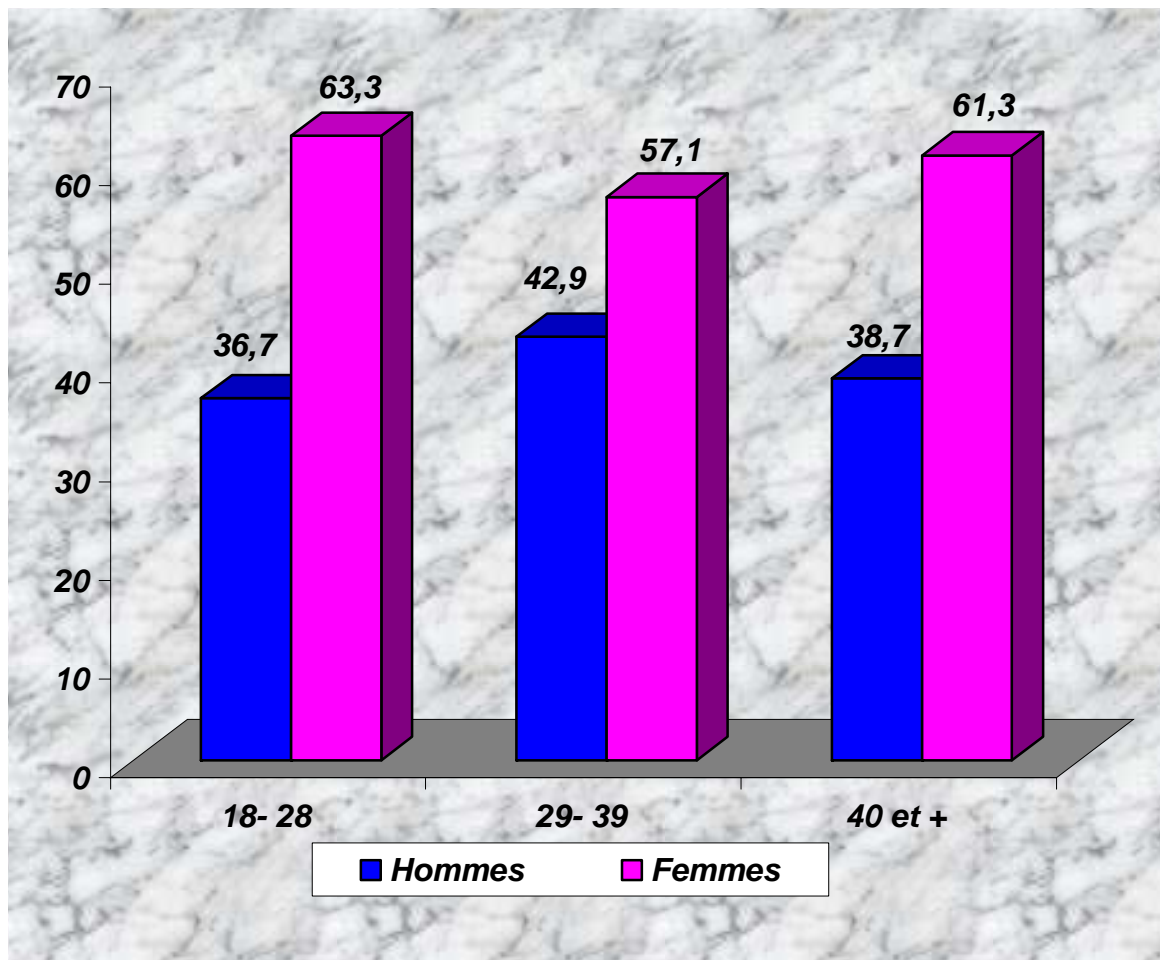
Tableau III : Répartition de la population enquêtée par âge et par sexe

<u>Sexe /Age</u>	<u>18- 28</u> <u>(n=160)</u>	<u>29- 39</u> <u>(n=234)</u>	<u>40 et +</u> <u>(n=206)</u>	<u>Total</u> <u>(600)</u>
<u>Hommes</u>	<u>36,7</u>	<u>42,9</u>	<u>38,7</u>	<u>39,8</u>

<u>Femmes</u>	<u>63,3</u>	<u>57,1</u>	<u>61,3</u>	<u>60,2</u>
<u>Total</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

La majorité des personnes enquêtées avaient l'âge compris entre 29 et 39 ans et les femmes étaient les plus nombreuses (543/600).

26.6
39.0
34.4
100



2-2 La connaissance de l'ASACOBABA par la population

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

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Ont entendu parler	538	89,7
N'ont pas entendu parler	62	10,3
Total	600	100

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

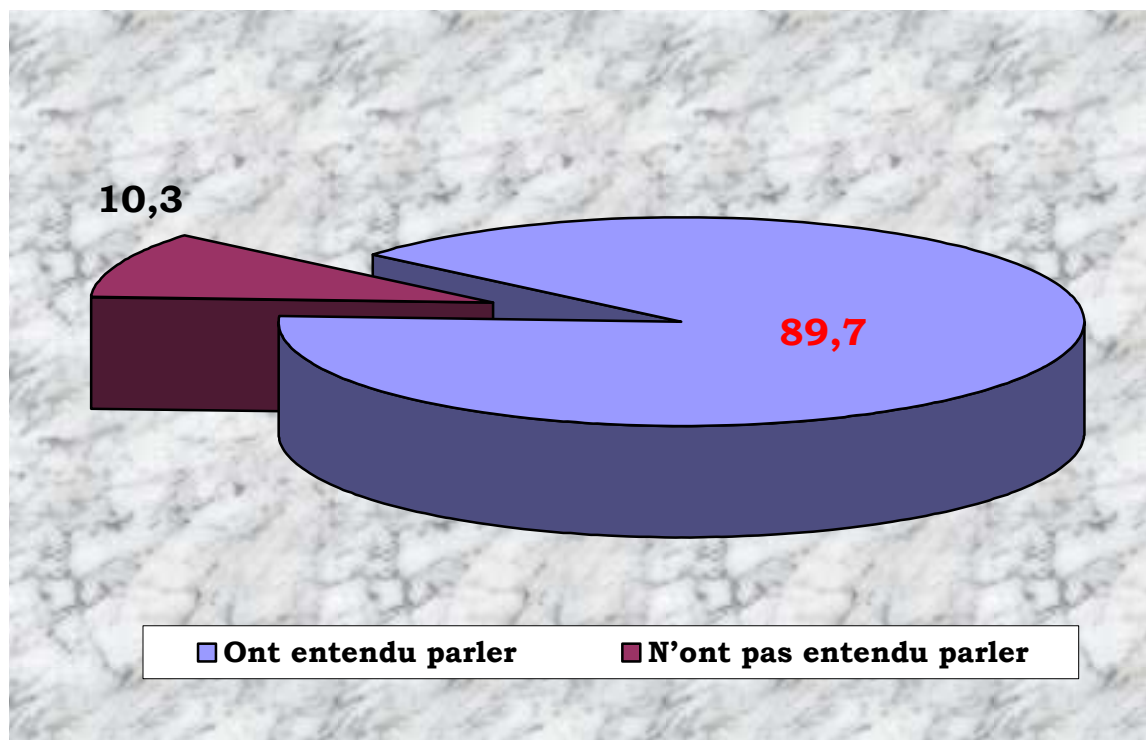


Tableau V : Répartition de la population selon la connaissance d'un membre du conseil d'administration (CA)

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	201	33,5
Ne connaissent pas	399	66,5
Total	600	100

Il n'y a que 33,5% (302/600) des personnes interrogées qui connaissent un membre de CA.

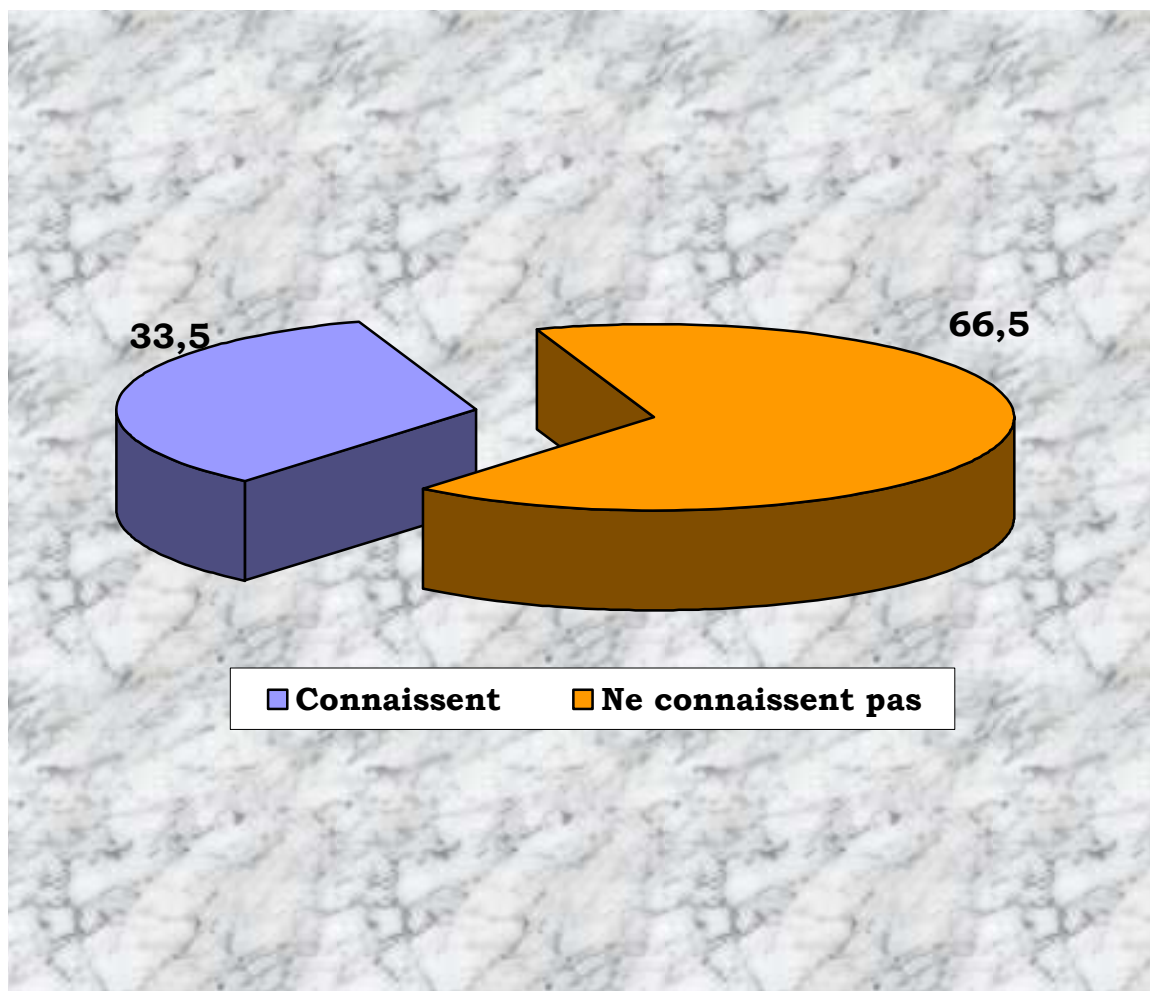


Tableau VI : Répartition de la population selon la connaissance d'un membre Du comité de gestion (CG) de l'ASACOBABA

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	89	14,9
Ne connaissent pas	511	85,1
Total	600	100

Seulement 14,9% (134/600) 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'ASACOBABA.

Assistance	Effectif absolu	Pourcentage
Ont assisté	53	8,9
N'ont pas assisté	547	91,1
Total	600	100

Seulement 8,9 % (80/600) de l'échantillon ont assisté à une assemblée générale de l'ASACOBABA. 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.

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	39	4,3
Ne connaissent pas	863	95,7
Total	600	100

95,7 % (863/600) de la population ne savent pas que les membres du bureau sont bénévoles.

Tableau IX : Répartition selon de la population enquêté selon la connaissance du tarif d'adhésion de l'ASACOBABA

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	426	71
Ne connaissent pas	174	29
Total	600	100

71% (426/174) des enquêtés connaissent le tarif d'adhésion à l'ASACOBABA.

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

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Trop élevé	42	7
Acceptable	516	86
Bas	28	4,7
Sans opinions	14	2,3
Total	600	100

Le tarif d'adhésion de 1000 F est acceptable pour 86% (516/600) et trop élevé pour 7% (42/600) de la population enquêtée.

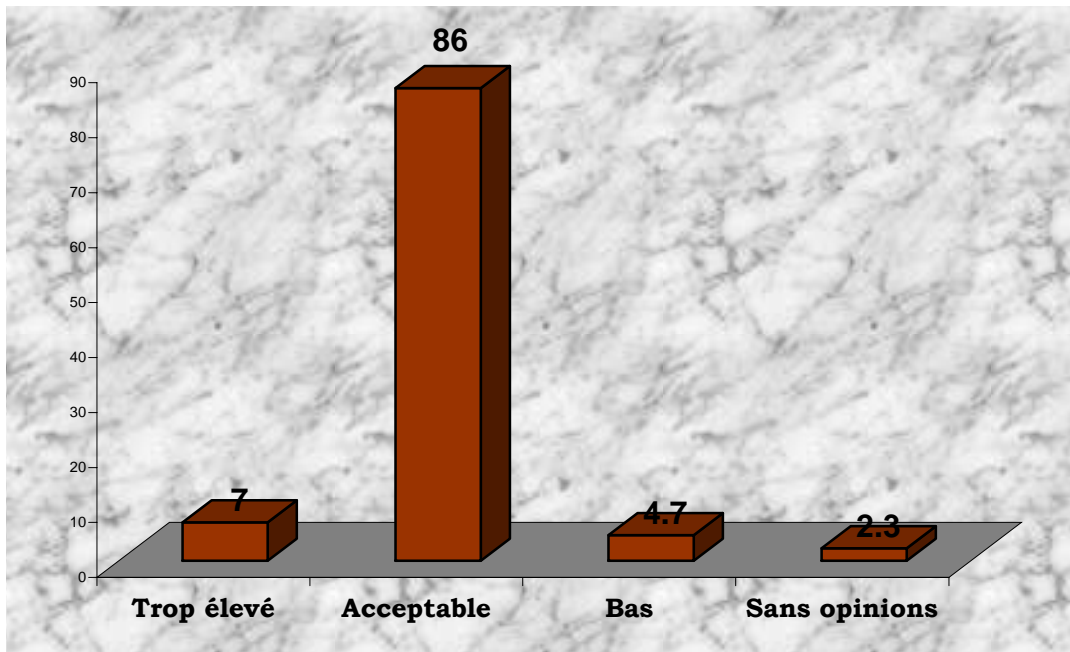
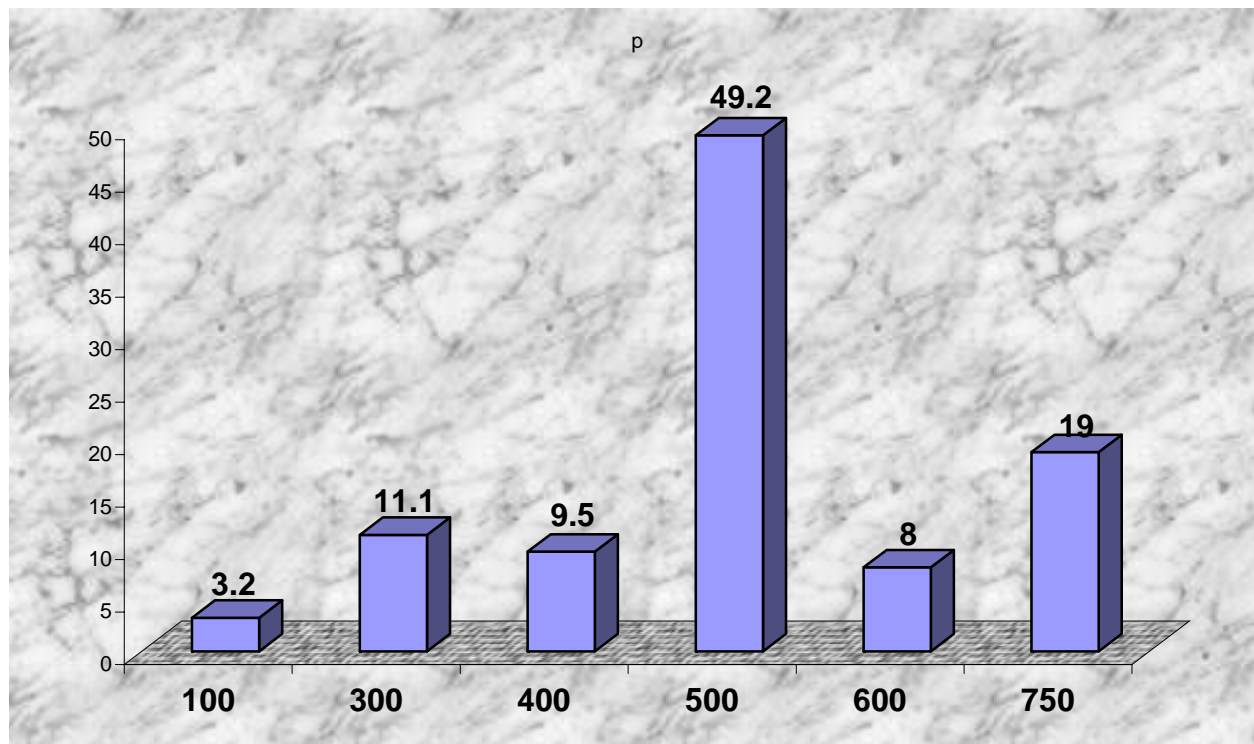


Tableau XI : Répartition de la population enquêtée en fonction de leur proposition de tarif

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

Total	63	100
--------------	-----------	------------

49.2% (31/63) souhaitent 500 F CFA comme tarif d'adhésion de l'ASACOBABA.



Tableaux XII : Répartition de la population selon leur appartenance à l'ASACOBABA

Adhésion	Effectif absolu	Pourcentage
Adhérents	90	15

Non adhérents	510	85
Total	600	100

On retient qu'il n'y a que 15% (90/600) de la population enquêtée qui sont adhérents à l'ASACOBABA, 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'ASACOBABA.

Tableaux XIII : Répartition de la population enquêtée selon sa source d'information par rapport à la connaissance de l'ASACOBABA

Source	Effectif absolu	Pourcentage
Parent	78	13
Ami ou voisin	434	72,3
Membre du CA	37	6,2
Membre de l'association	24	4
Personnel du centre	18	3
Autres	9	1,5
Total	600	100

L'information par rapport à la connaissance de l'ASACOBABA provient d'un ami ou d'un voisin 72,3% (434/600) alors que seulement 6,2 % (37/600) proviennent des responsables de l'association.

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

Nature	OUI		NON	
	Effectif	%	Effectif	%
Consultation médicale	530	88,3	70	11,7
Consultation prénatale	390	65	210	35
Accouchement	534	89	66	11
CPON	217	36,2	383	63,8
Vaccination	546	91	54	9
Vente de médicament	515	85,9	85	14,1

Petite chirurgie	294	49	306	51
Soins infirmiers	546	91	54	9
Analyse laboratoire	318	53	282	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

Connaissent	Effectif absolu	Pourcentage
Etat	150	25
Communauté	322	53,6
Médecin	30	5
Particulier	54	9
Ne sait pas	44	7,4
Total	600	100

53,6% (483/600) 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.

Recours	Effectif absolu	Pourcentage
Ont eu recours	571	95,2
N'ont pas eu recours	29	4,8
Total	600	100

93% (839/600) de la population ont déjà eu recours aux prestations du centre de l'ASACOBABA.

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

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	502	83,7
Ne connaissent pas	98	16,3
Total	600	100

83,7% (502/600) 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

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	404	67,4
Ne connaissent pas	196	32,6
Total	600	100

67,4% (404/600) 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

Connaissance	Effectif absolu	Pourcentage
Connaissent	516	86
Ne connaissent pas	84	14
Total	600	100

86 % (516/600) 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.

Raisons évoquées	Effectif absolu / 600	Pourcentage
Proximité	528	88
Tarif absorbable	451	75,2
Accueil	330	55
Disponibilité du personnel	240	40
Médicaments peu chers	497	82,8

Rapidité du service	54	9
Sans opinion	18	3

Les raisons de la fréquentation du centre de santé de l'ASACOBABA 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

Cibles	Effectif absolu	Pourcentage
Femme enceinte	5	0,6
Femme adulte	0	0
Tout le monde	897	99,4
Enfant	0	0
Total	600	100

La presque totalité de la population enquêtée 99,4 (897/600) affirment que les prestations offertes par le centre de santé de l'ASACOBABA 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.

Statut	Effectif absolu	Pourcentage
Etat	132	22

Communauté	312	52
Privé	25	4,2
Ne sait pas	131	21,8
Total	600	100

52% (312/600) des enquêtées savent que les agents techniques du centre sont employés par la communauté par contre 4,2 % (25/600) pensent qu'ils sont privés.

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

<i>Destination</i>	<i>Effectif absolu</i>	<i>Pourcentage</i>
Caisse de l'état	162	27
Comité de gestion	294	49
Personnel du centre	36	6
Ne sait pas	108	18
Total	600	100

49% (294/600) des enquêtés disent que les fonds sont destinés au comité de gestion de l'ASACOBABA alors que 6% (36/600) 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. C'est ainsi que le tableau ci-dessous a été dressé.

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

Population Cible/année	Population Générale	Femmes enceintes	Femmes en âge de procréer	Enfants de 0-11 mois
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 ont représenté 5% (1874) de la population en 2001 ; Celles en âge de procréer représentent 19.2% (7197) et les enfants de moins d'un an représentaient 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

Consultations/ Année	Nombre moyen de consultations/mois	Nombre moyen de consultations/jour	Taux de couverture
-----------------------------	---	---	---------------------------

			<i>en %</i>
2000	1589	50	50,3
2001	1669	53	51,4
2002	1859	58	52,3
2003	2010	64	60,2
2004	2190	70	67,3

On note une évolution nettement croissante des consultations médicales. Les consultations médicales ont atteint 2190 par mois et 70 par jour. Le taux de couverture augmente d'année en année mais de manière faible, ainsi il a progressé de 50.3% en 2000 à 67.3% en 2004.

Tableau XXVI: Evolution des accouchements assistés en fonction des années

Accouchement/ année	Effectif absolu	Nombre moyen d'accouchement/mois	Nombre moyen/jour	Taux de couverture
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
Hématologie					
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
Parasito-bactériologie					
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
Autres					
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

Affections	Effectifs Absolus	Pourcentage
Paludisme présumé	5 800	34,4
Diarrhée	1615	9,59
Méningite	1	0
Toux < 15 jours (broncho-pneumonie)	3724	22,1

IRA haute	953	56
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
Total	16104	100

Le paludisme présumé reste la pathologie la plus fréquente avec 34.4%

Tableau XXIX : Morbidité selon le sexe

Affections	Sexe		Total (N=16104)
	Masculin (n=8315)	Féminin (n=7789)	
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
Total	100	100	100

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
Total	100	100	100	100	100

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

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

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.

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

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 XXIII : Répartition des gestantes en fonction du nombre de consultations prénatales effectuées et des années

Nombre de femme/année	Nombre de consultations	Nombre de consultation /mois	Taux de couverture en %
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

Année	Effectif absolu	Moyenne mensuelle
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

Méthode/année	2000 (n=110)	2001 (n=301)	2002 (n=244)	2003 (n=247)	2004 (n=186)
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
Total	100	100	100	100	100

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 de la suivie des enfants sains de 0 à 11 mois en fonction des années

Année	Effectif absolu	Moyenne mensuelle
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

Année	Effectif attendu	Effectif trouvé	Taux de couverture
2000	1185	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'ASACOBABA 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

Antigène/Année	DTCP1	DTCP2	DTCP3
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'ASACOBABA ou bien ils les commencent à l'ASACOBABA 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

Année	Effectif attendu	Effectif trouvé	Taux de couverture
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,

V- 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 faite 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'ASACOBABA est le troisième centre de santé communautaire qui a été créé dans le District de Bamako après l'ASACOBABA 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 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'ASACOBABA, 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'ASACOBABA par son personnel technique :

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

- 25% des agents sont membres de l'ASACOBABA,
- 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'ASACOBABA,
- 87% estiment que l'ASACOBABA 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* (1),
- 89,7% ont entendu parlé de l'ASACOBABA ;
- 72,3% ont connu l'ASACOBABA 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'ASACOBABA 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'ASACOBABA et du CSCOM : notre étude trouve

- 8,9% de l'échantillon ont assisté à une assemblée générale de l'ASACOBABA 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 générée par le centre, Ceci est largement supérieur à celui de *TRAORE* 16,3% (6),

Ces résultats montrent que l'ASACOBABA 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'ASACOBABA, 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,

VI- CONCLUSIONS :

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 :

-d'écrire le processus de création de l'ASACOBABA et de son centre de santé,

-d'évaluer le degré de connaissance de l'ASACOBABA 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'ASACOBABA 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'ASACOBABA 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,

VII- RECOMMANDATIONS :

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

1- Aux membres du CA de l'ASACOBABA :

-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 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 au 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,

BIBLIOGRAPHIE

1- MARIKO.O

Centre de santé communautaire au Mali cas de l'ASACOB, thèse de médecine, Bamako 1993 N°55.

2- MOS

Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Deuxième évaluation, huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde vol 1 : analyse mondiale Genève 1993.

3- ANNOYME

Cahier d'étude : cours sur les soins de santé primaires, Bamako 1998.

4- TRAORE. B

Evaluation d'étape du centre de santé communautaire rural Dougoula (Cercle de Bla), thèse de médecine, mars 1995, N°36.

5- BALLO. M et BUNDY. F

Rapport sur la mise en œuvre de l'initiative de Bamako : 10 ans après 1987- 1999, document polycopie.

6- BALIQUE. H OUATTARA. O; AKORY. A

Dix ans d'expérience des CSCOM au Mali en 2001

7- MARIKO. B

Evaluation de l'association d'un centre de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO), thèse de médecine, Bamako, 2005, N°63

8- ANNONYME

Projet de création d'un centre de santé communautaire de Magnanbougou, document polycopié, Bamako, juillet 1991.

9- AKORY. A.I. et coll

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASCO du District de Bamako, Septembre 2000.

10- ANNONYME

Etude monographique de la commune VI en 2005.

11- AG IKNANE. A

Etude de la viabilité du centre communautaire de Magnanbougou- CES-SP, module économie de la santé, document polycopié, Bamako, mars 1994.

12- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 2001

Rapport de thèse (EDS 2001)

13- INRSP

Quel rôle joue la femme dans la gestion des ASCO au Mali ?
Etude de cas le district de Bamako, les régions de Ségou,
Mopti, Koulikoro, juillet 1995, document photocopié.

14- ABASSI LE 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.

15- SAMAKE. B.M

Etude de l'action d'un centre de santé communautaire dans la
lutte contre le SIDA dans un quartier périurbain de Bamako,
Mali, 1992, N°38.

16- TOURE. A

Le centre de santé de la MUTEC, évaluation au terme de sa
première année d'activité, thèse médecine, Bamako, 1992,
N°163.

17- BANKINESA. E

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie B à
l'hôpital national du Point.G, thèse médecine, Bamako, 1992.

18- BALLO. M

Rapport d'activité du centre de santé de l'ASACOMA,
document photocopié, Bamako, 2005.

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE ADRESSEE A LA POPULATION A/IDENTIFICATION

N° D'ordre d'enquête /____/

N° concession :

- niveau d'alphabétisation

+ Pas été à l'école

+ Niveau primaire

+ Niveau fondamental

+ Niveau supérieur

- Sexe : M /___/ F /___/

- Age :

- Profession :

B/CONNAISSANCE DE L'ASCOBAFA PAR LA POPULATION DE L'AIRE

1- Avez-vous entendu parler de l'ASACOBABA Oui /___/ Non /___/

2- Comment avez-vous connu L'ASACOBABA

1. Parent
2. Ami ou voisin
3. Responsable d'Association
4. Membre de l'association
5. Personnel du centre
6. Autre (à préciser)

3- Si oui connaissez vous un membre du bureau de l'ASCOBAFA :

Oui /___/ Non /___/

4- Connaissez vous un membre du comité Oui /___/ Non /___/

5- Avez-vous déjà assisté à une assemblée de l'une ou l'autre de ces instances Oui /___/ Non /___/

6- Savez vous que les membres du bureau de l'ASACOBABA sont- ils bénévoles ? Oui /___/ Non /___/

7- Pensez vous qu'ils doivent être rémunérés ?

Si oui comment ?

- Sur le prix des cartes d'adhésions
- Recette du centre
- Autre (a préciser)
- Ne sait pas

8- Etes vous adhérent de l'ASACOBABA Oui /___/ Non /___/

9- Si oui depuis combien d'année.....

10- Renouvelez vous votre adhésion chaque année ?

Oui /___/ Non /___/

11- Si oui combien de fois avez-vous renouvelé.....

12- Connaissez vous le tarif d'adhésion de l'ASCOBAFA

Oui /___/ Non /___/

1. Si oui combien ? _____ FCFA

2. que pensez vous du tarif d'adhésion ? (1000 FCFA)
- Trop élevé : quelle est votre proposition F____F____F
 - Abordable
 - Bas votre proposition ____F CFA_____F CFA_____F CFA
 - Sans opinion

13- Connaissez vous le tarif de consultation ? Oui /___/ Non /___/

14- Si oui pouvez nous dire cette somme pour les adhérents (FCFA)

Et les non adhérents.....(FCFA)

15- Avez-vous convié d'autres personnes à y adhérer
Oui /___/ Non /___/

C/CONNAISSANCE SUR LE CENTRE DE SANTÉ DE L'ASACOBABA

16- Connaissez vous le centre de santé de l'ASACOBABA
Oui /___/ Non /___/

17- A qui appartient le centre de santé ?

- 1 Etat
- 2 Communautaire
- 3 Médecin
- 4 Particulier
- 5 Autres (à préciser) : _____

18- A qui s'adressent ces prestations ?

- 1 Aux enfants
- 2 Aux femmes enceintes
- 3 A tout le monde
- 4 Aux hommes adultes

19- Avez-vous eu recours à une plusieurs des prestations du centre

Oui /___/ Non /___/
Si oui laquelle ou lesquelles ?

Nature de la prestation	0 fois	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois et +
1-Consultation prénatale					
2-Consultation médicale					

3-Intervention chirurgicale					
4-Accouchement					
5-CPON					
6-Accination					
7-Vente de médicaments					
8-Analyse labo					
9-Soins infirmiers					

20- Etes vous prêt à y retourner pour les mêmes prestations ?

Oui /___/ Non /___/

Si oui pour quelles raisons ?

- 1- tarif abordable
- 2- accueil du personnel

- 3- disponibilité du personnel
- 4- compétence du personnel
- 5- rapidité du service
- 6- médicaments peu chers
- 7- proximité
- 8- sans opinion
- 9- autres (à préciser)

21- si non donnez les raisons

.....
....

22- parmi les prestations ci-dessous citez quelles sont celles qui sont fournies par le centre de santé de l'ASACOBABA (Encerclez les prestations citées).

- 1- consultation médicale
- 2- consultation prénatale
- 3- consultation chirurgicale
- 4- accouchement
- 5- consultation postnatale
- 6- vaccination
- 7- vente de médicaments
- 8- analyse labo
- 9- soins infirmier
- 10- autre : _____

23- Qui paye t-il les agents du centre de santé de l'ASACOBABA

1- L'Etat

2- La communauté de l'ASACOBABA

3- Privée

4- Ne sait pas

24- Quelle est la destination des recettes du centre

1- Dans la caisse de l'Etat

2- Pour le comité de gestion de l'ASACOBABA

3- Pour le personnel de l'ASACOBABA

4- Ne sait pas

QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PERSONNEL DU CENTRE

Nom :

Prénom :

Age :

Qualification :

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

2- Etes vous membre de l'ASACOBABA Oui /___/ Non /___/

Si non désirez vous être membre de l'association ?

Oui /___/ Non /___/

Si non

pourquoi ?.....

Est-ce que le personnel fait une réunion régulièrement ?

Oui /_____/ Non /_____/

Si oui à quel rythme

- Hebdomadaire

- Mensuel

- Trimestriel

- Autres

3- Est-ce que vous avez participé à la création de l'ASACOBABA/ ou son centre de santé ? Oui /___/ Non /___/

4- Connaissez vous l'ASACOBABA avant votre recrutement ? Oui /___/ Non /___/

5- Est-ce que l'ASACOBABA aide le centre de santé à atteindre ses objectifs ? Oui /_____/ Non /_____/

6- Est-ce que vos conditions de travail sont satisfaisantes ?
Oui /___/ Non /___/

7- Est-ce que vous êtes soigné au centre gratuitement ?

- Consultation Oui /___/ Non /___/

- Médicament Oui /___/ Non /___/

- Soins Oui /___/ Non /___/

8- Souhaitez vous avoir une formation complémentaire ?

Oui /___/ Non /___/

9- Est-ce que vous vous entendez bien entre vous ?

Oui /___/ Non /___/

10- Quelles sont vos critiques et suggestions pour la
bonne marche du centre et de l'ASACOBABA

.....
.....
.....
.....

11- Est-ce vous motivé dans votre travail ? Oui /___/ Non
/___/

Si oui par qui ?

12- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice
de votre métier ?

.....
.....
.....
.....

13- Pensez vous que les membres du bureau doivent –ils
être rémunérés Oui /___/ Non /___/

14- Est-ce que le centre reçoit des missions d'évaluation
Oui /___/ Non /___/

15- Si oui d'où viennent ces
missions.....

16- Approuvez vous ces missions Oui /___/ Non /___/

Si oui
pourquoi ?.....

EVALUATION ACTIVITES DU CENTRE

Remplir le tableau suivant :

ACTIVITES	2000	2001	2002	2003	2004
-----------	------	------	------	------	------

Consultation médicale					
Accouchement					
CPN					
CPON					
PF					
Activités labo					
Soins infirmiers					

19 – Activités du dépôt de médicaments

Remplir le tableau pour l'année 2002 à partir des souches d'ordonnances et les supports :

	Nombre d'ordonnances	Qualité du prescripteur	Médicaments en DCI	Médicaments en spécialité
2002				

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX RESPONSABLES DE L'ASSOCIATION

1 – Comment est venue l'idée formation de votre association ?

-

2 – Avez-vous fait une sensibilisation ? Oui /_ / non /_ /

Si oui comment ?

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

3 – Quelle a été la contribution des membres fondateurs ?

.....

.....

..... Est-ce que le bureau actuel a été démocratiquement élu ?

Oui /_ / non /_ /

Si oui en quelle

Année ?.....

3 – Le bureau actuel compte combien de membre ?.....

4 – Comment le CG a-t-il été mis en place ?

- Par désignation dans le bureau /_ /

- Par élection par le CA /_ /

5 – Est-ce que tous les membres du bureau sont réguliers aux réunions ? Oui /_ / non /_ /

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

6- Est-ce que votre association a un siège différent du centre de santé ? Oui /_ / non /_ /

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

.....
.....

8- Que pensez vous du bénévolat des membres du CA ?.....

.....

9- Est-ce que l'association a des fonds en dehors de ceux générés par le centre de santé ?

Oui /_ / non /_ /

10- Y a-t-il programme d'activité élaboré par l'association différent de celui du centre ?

Oui /_ / non /_ /

Si non

Pourquoi ?.....

.....

11 - Quelle importance le centre a pour vous ?.....

.....

12- Quelle appréciation faites vous du personnel technique ?

.....

.....

13- Quelle relation existe entre votre association et les tendances politiques de l'aire

.....

.....

14- Quelle sont vos critiques et suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'ASACOBABA et son centre de

santé ?.....
.....
.....

15- Est-ce que votre association a eu un problème de gestion de 2000 à 2004 ?

Oui /_ / non /_ /

16- Si oui de quel type ?

- Malversation
- Surfacturation
- Crédit non payé
- Autres (à préciser)

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DIARRA

PRENOM : RENE

TITRE DE LA THESE : Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOBABA et de Son centre de santé pour une période de 5 ans.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006 – 2007

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET : Santé publique

RESUME : Cette étude rétrospective et transversale fait état de cinq années d'activités de l'ASACOBABA. 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 q'un centre de santé communautaire est capable d'apporter des soins de qualité aux populations.

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

Mots clés : Evaluation du degré de connaissance de l'ASACOBABA et de son centre santé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

Je le jure !

