



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2009- 2010

N° _____/

TITRE

EVALUATION DE LA GESTION DES CSCom DU DISTRICT SANITAIRE DE MACINA

T H E S E

Présentée et Soutenue Publiquement le 29 AOÛT 2010
devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

par Monsieur **Konimba COULIBALY**

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

J U R Y

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------------|
| ✱ Président : | Professeur Abdoulaye Ag RHALY |
| ✱ Juge : | Docteur Moussa YATTARA |
| ✱ Co-directeur de Thèse : | Dr. Cheick Amadou Tidiane TRAORE |
| ✱ Directeur de Thèse : | Professeur Abdel Kader TRAORE |

Dédicaces

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH,

Le tout puissant, l'Unique, l'Absolu, de m'avoir donné la vie, la santé, la force nécessaire, le courage et l'opportunité pour la réalisation de ce modeste travail.

♥ A ma mère feu FAMA DIENTA

J'aurai aimé que tu sois là pour voir s'accomplir le couronnement de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, le destin inévitable de la mort t'a arraché très tôt à notre grande affection. Jamais ton amour n'a cessé de régner au sein de nous. Cette œuvre n'est qu'un fruit de l'arbre que tu as planté. Que ce travail soit un grand hommage que je rends à ta mémoire. Dors en paix maman !

A mon père feu Mamadou Fadio COULIBALY

Toi qui as cultivé en moi l'amour des études. Toi qui nous as appris que la réussite est au bout de l'effort et que c'est par le travail que l'homme conquiert sa dignité. Cette œuvre est le fruit de ta rigueur et de ton courage dans le travail qui n'ont jamais cessé d'être pour nous des exemples à suivre. Puisse ton âme reposer en paix !

♥ A ma grande mère maternelle feu Haïné DIARRA

Aucun mot de mon vocabulaire ne peut signifier mon amour, ma reconnaissance envers toi. De ton vivant, tu as donné le meilleur de toi pour que mes sœurs, mes frères et moi puissions réussir. Je ne saurais jamais te rendre un hommage à la dimension de tes efforts. Repose en paix Nènè chérie.

♥ A mon grand père maternel feu Bouba DIENTA

Je ne t'ai pas assez connu qu'à travers des récits qui parlent d'un homme honnête, rigoureux, loyal... de tous tes collaborateurs. Tu resteras gravé dans ma mémoire.

Que la grâce du bon Dieu soit avec toi.

♥ **A Mon grand père maternel Ousmane DIENTA
dit "Mana" ex-député de Macina et ma grand-
mère Mariam DIENTA**

**Votre soutien, sans faille, a été déterminant pour la
réalisation de ce travail. Profonde admiration et
éternelle affection.**

♥ **A mes mères tenindjo, Wandé et feuë Bintou
Puisse Dieu vous récompenser pour tout ce que vous
avez fait pour moi. Toi Bintou, dors en paix.**

En signe d'affection.

♥ **A mon tonton Mamadou TOURE et ma tante
Oumou BAH**

**Merci du plus profond de mon cœur pour l'aide
inestimable que vous m'avez apportée dans tous les
domaines et sans restriction. Vous qui avez été au
début, pendant et à la fin de cette œuvre, jamais je ne
trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout
mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici
l'expression de ma profonde affection et mes
respects.**

♥ **A mes sœurs Oumou, Alimatou, Habibatou,
Maïmouna, Diélika et feuè Mariam**

Les mots me manquent pour vous signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Vous qui m'avez si bien encouragé et soutenu durant mes études ; Vous avez donné le meilleur de vous pour que je puisse réussir. Je ne saurai jamais vous rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Vous qui avez le sens du courage, de la fraternité ; puisse Dieu vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour nous.

♥ **A mes frères Modibo, Aboubacar, Arouna et
Kassoum**

Merci pour tout ce que vous faites pour moi. Le bien fait n'est jamais perdu et servir d'exemple n'est pas une tâche facile. Que ce travail témoigne de l'affection que j'ai en votre égard. Restons unis pour l'amour de Dieu.

Sentiments fraternels.

A mon cousin et ami Dr. Méd. Oumar COULIBALY, Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca au Maroc

Acceptez ceci comme le témoignage de ma reconnaissance. Merci de vos conseils. Puisse DIEU vous assister et guider dans tous vos projets.

♥ A mes neveux et nièces, Mohamed COULIBALY et ses frères, Mamadou Samaké et ses frères, Boubacar SOUMARE, Bintou COULIBALY, Oumou COULIBALY, et Fatoumata TOURE

Puisse ce travail être un exemple pour vous tous. Bonne chance et grand courage. Que Dieu vous assiste.

♥ A mes Cousines Rokia, Fatoumata, Ramatou, Rabiata et Assitan, Aminata TOURE dite "Poupée" et Fatoumata TOURE dite "Bébé"

Sachez juste que je vous aime toute et que pour moi, vous serez toujours des personnes spéciales. Grand courage !

A mes Tantes Nènè, Fata et Oumou DIENTA

Mes mots ne peuvent exprimer les sentiments que j'ai à votre égard. J'ai connu en vous une seconde mère. Par votre soutien moral, j'ai réussi à traverser plusieurs épreuves qui ont fait de moi un homme. Je vous aime fort.

♥ A mon beau père Abdrahamane MAÏGA

Pour ton exemple de sagesse qui force le respect. Trouve ici l'expression de ma très haute considération.

♥ A ma belle mère Ramatou MAÏGA

En témoignage de toute mon affection.

♥ A ma très chère fille Habibatou COULIBALY

Que Dieu te donne la longévité, la santé et l'intelligence. Tu me procures une joie immense. Je t'aime fort.

♥ A ma chère et tendre épouse Haoua MAÏGA

Tes conseils, ton amour et surtout ta compréhension m'ont été indispensables pour la réalisation de cette œuvre qui est aussi la tienne. Je t'aime ma chérie.

En signe d'amour.

Remerciements

• **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier très sincèrement :

- **La famille feu Diakaridja TRAORE à Markala**
Pour l'hospitalité que vous m'avez offerte dans une
ambiance familiale où je ne me suis jamais senti exclu.
Merci pour tout. Toi Diakaridja, que ton âme repose en
paix.
- **La famille SAMAKE à Bamako Torokôrôbougu**
De votre hospitalité et de votre soutien aux moments
difficiles de ce travail. Je n'oublierai jamais les
moments partagés et les conseils prodigués. Recevez ici
mes sincères gratitude.
- **Mon ami Boureïma FAROTA de l'AGEROUTE**
Tu es apparu dans ma vie comme un oasis dans le
désert. Merci pour tous les efforts déployés pour la
réalisation de ce travail. Sois assuré de ma profonde
reconnaissance. Que le TRES HAUT te donne longue
vie.

- **Mes amis Salif TANGARA, Halfousseïny GARANGO Responsable-Comptable de l'Office du Niger , Amadou Traoré, Mama SIDIBE et Mamadou KONE dit "Dou"**

Ce fut agréable votre compagnie

- **Tout le personnel du CSRéf de Macina :**
Dr. Méd. Check A. T. TRAORE, Dr. Méd. Moussa KANTE, Dr. Méd. Aliou BAGAYOKO, Dr. Méd. Mamadou DIALLO, Mr Boubacar SININTA, Mr Alhousseïne MAÏGA, Mr Mamadou SANGARE, Mr Mohamed Tahar COULIBALY, Mr Moussa PLEA, Mr Mamoutou TRAORE, Mr Djibril SAMAKE, Mr Ballan DIAKITE, Mme DIAKITE Sanata DIALLO, Mme TRAORE Soumba TRAORE, Mme DIARRA Niah FOFANA, Mme DIALLO Fatoumata TRAORE, Mme DEMBELE Fatoumata DAOU, Mme KOÏTA Aminata KONE, Mme SAMAKE Fatou LY, Mme KALAPO Tayé KALAPO, Mme KONE Kadiatou DIABENTA, Mr Soumaïla DOLO, Mr Mamoutou TOUNKARA, Mr Djeri KANTE, Mr HAMIDOU DIARRASSOUBA, Mme SYLLA Bintou DIARRA,

Mme Rosalie, Mr Mohamed THIERO, Mr Mamadou DEMBELE, Mme Aminata, Mme DIAWARA Kadi GUINDO, Mme DIARRA Oumou KOÏTA, Mr Hamadi CAMARA, Mr Ousmane BALLO, Mr Boubacar OUANE, Mr Samba DOLO, Kadiata DIENTA etc.

Merci de m'avoir accepté parmi vous. Ce fut un grand plaisir pour moi d'avoir travaillé avec vous.

• Dr. Méd. Moussa KANTE, Dr. Méd. Aliou BAGAYOKO et Dr. Méd. Mamadou DIALLO du CSRéf de Macina

Ce fut un honneur pour moi de travailler et d'apprendre à vos côtés dans la joie et dans la solidarité. Grâce à vous j'ai eu l'occasion d'améliorer et de mettre en pratique ma connaissance. Merci pour la qualité de la formation reçue.

• Mr Alhousseïne MAÏGA des Affaires Sociales
Votre courage, votre modestie, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait ont forcé mon estime. Grand merci pour votre contribution indéfectible.

- **Mr Ibrahim DEMBELE, Coordinateur technique du Burotic services**

Merci de m'avoir aidé dans l'aboutissement de ce travail ; bonne chance dans la réalisation de tous vos projets.

- **Dr. Ousmane Moctar CISSE**

En souvenir de tous ces merveilleux moments passés ensemble. Pas de regrets ; juste que cela s'est vite écoulé. Mille merci pour m'avoir aidé dans l'aboutissement de ce travail ; bonne chance dans la réalisation de tes projets. On garde le contact cher collègue.

- **Dr. Phar. Talhata HAÏDARA, Propriétaire de la Pharmacie "ANYA" Macina**

Merci du fond du cœur pour le soutien sans relâche que vous m'avez apporté. Vos expériences et conseils dont j'ai bénéficiés m'ont facilité la pratique de ce métier. Puisse Dieu vous accorder une longue vie ; amen.

- **Ma belle famille MAÏGA**

Merci pour votre soutien.

- **Les Directeurs de Centre et les membres des ASACO du District Sanitaire de Macina**

Votre sympathie et votre collaboration franche ont permis la réalisation de ce travail.

- **Mes collègues de service Mamadou A. COULIBALY, Daniel BOUARE, Salif KONE, Yolissa COULIBALY et Alpha TRAORE**

En souvenir des moments passés ensemble au CSRéf de Macina.

- **Le GESCM (Groupement des Etudiants en Santé du Cercle de Macina)**

Pour le combat mené dans le but de l'amélioration de la santé dans le cercle de Macina. Grand courage !

- **A toute ma promotion.**

A tous les enseignants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomalogie.

- **A tous les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomalogie.**

- **Tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail.**

Hommages aux

membres du jury

HOMMAGES A NOS MAÎTRES ET JUGES

A Notre maître et président du jury

PROFESSEUR ABDOULAYE AG RHALY

- Professeur titulaire de médecine interne à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (F.M.P.O.S)
- Ancien Directeur Général de l'I.N.R.S.P
- Ancien Secrétaire Général de l'O.C.C.G.E
- Secrétaire Permanent du Centre National d'Ethique pour la Santé et les Sciences de la vie.

Honorable maître,

C'est un grand plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous avons été profondément marqués par votre abord facile, votre générosité, votre disponibilité et votre sollicitude.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail,

Qu'il nous soit permis cher maître de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

DOCTEUR HAMADOUN BAH

- Médecin de Santé Publique à la Direction Nationale de la Santé.

Cher maitre,

Nous sommes très fiers de travailler sous votre direction.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre savoir faire et votre compétence ont contribué à l'amélioration de ce travail

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et co-directeur de thèse

DOCTEUR CHEICK AMADOU TIDIANE TRAORE

- Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Macina
- Spécialiste en vaccinologie

Cher maître,

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet. Vous êtes toujours restés disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Votre rigueur, votre dimension sociale inestimable et votre sens élevé de responsabilité nous ont beaucoup impressionnés. Vous étiez là pour nous prodiguer des conseils à chaque fois que le besoin se faisait sentir. En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice et de travail bien fait. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire.

Puisse, le seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

PROFESSEUR ABDEL KADER TRAORE

- Professeur agrégé en Médecine interne
- Directeur de l'Université Numérique Francophone Mondiale pour le Mali
- Point Focal du Réseau Africain Francophone de Télémédecine
- Spécialiste en communication scientifique médicale
- Membre de l'International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorder (ICCIDD).
- Ancien Directeur du centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie

Honorable maître

Vous nous avez fait honneur en acceptant la direction de ce travail si modeste ; et les mots ne sauraient traduire le plaisir dont nous jouissons aujourd'hui par votre présence parmi ce jury.

Nous avons été séduits par vos qualités pédagogiques, votre simplicité, votre dévouement et votre rigueur scientifique.

L'esprit d'écoute, la clairvoyance et le sens élevé de l'humanisme dont vous avez, font de vous un maître remarquable et admiré de tous.

**Honorable Maître, Nous vous prions d'accepter
l'expression de notre profonde gratitude et de notre
déférente considération.**

Abréviations

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	: Assemblée Générale
ASACO	: Association de Santé Communautaire
BE	: Bureau Exécutif
CA	: Conseil d'Administration
CAM	: Convention d'Assistance Mutuelle
CAP	: Connaissance, Attitude, Pratique
CG	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Prénatale
CS Com	: Centre de Santé Communautaire
CSR réf	: Centre de Santé de Référence
DC	: Développement Communautaire
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DRPSIAP	: Direction Régionale de la Planification, de la Statistique, de l'Information, de l'Aménagement du Territoire et de la Population
DTC	: Directeur Technique de Centre
EDS-M	: Enquête Démographique et de Santé (du Mali)
EPS	: Education Pour la Santé
FELASCOM	: Fédération Locale des Associations de Santé Communautaires
FERASCOM	: Fédération régionale des Associations de Santé Communautaires
FENASCOM	: Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires
HA	: Hygiène et Assainissement
IO	: Infirmier Obstétricien
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PDR	: Programme de Diversification de revenus
PF	: Planning Familial
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PO	: Plan Opérationnel
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	: Programme décennal de Développement Socio Sanitaire
PSPHR	: Projet de Santé Population et Hydraulique Rurale
PSSP	: Politique Sectorielle de Santé et de Population
PV	: Procès Verbal
SF	: Sage Femme
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
TS	: Technicien de Santé
TSS	: Technicien Supérieur de Santé
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	: Agence des états unis pour le développement

Sommaires

PLAN

SOMMAIRES

PAGES

INTRODUCTION :	1
1- GENERALITES :	6
1-1. SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU MALI :	6
1-2.DEFINITIONS OPERATOIRES :	7
2- METHODOLOGIE :	10
2-1.LIEU D'ETUDE :	10
2-2.PERIODE D'ETUDE :	10
2-3.TYPE D'ETUDE :	10
2-4.POPULATION D'ETUDE :	10
2-5.CRITERE D'INCLUSION :	11
2-6.CRITERE DE NON INCLUSION :	11
2-7.ECHANTILLONNAGE :	11
2-8.PLAN DE COLLECTE DES DONNEES :	11
2-9.TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :	11
2-10.RESSOURCES UTILISEES :	12
2-11.CONSIDERATION ETHIQUE :	12
2-12. VARIABLES UTILISES :	12
3- RESULTATS :	13
4- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	23
5- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	27
6- BIBLIOGRAPHIE :	31
ANNEXES	

Introduction

INTRODUCTION

A la création de l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) en 1948, l'objectif fondamental était d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé que possible. Dès l'indépendance 1960, l'Etat malien qui menait une politique de type socialiste voulait prendre en charge tous les problèmes de santé des populations. Alors, il a établi le système de soins curatifs gratuits pour tous en donnant la priorité à la médecine préventive. La politique actuelle de santé communautaire est l'aboutissement d'un long processus commencé depuis les premières années de l'indépendance. Le premier séminaire des travailleurs socio-sanitaires tenu à Bamako en 1964, a été une des premières étapes marquantes de ce processus préconisant une politique de santé décentralisée donc de proximité au profit des populations démunies. Le premier plan décennal de Juillet 1966 à Juin 1976 avait pour objectif de mettre sur pied une pyramide sanitaire.

Ainsi, les soins de premier niveau ont été institués sur la base d'un système sanitaire constitué d'hygiénistes, de secouristes, de matrones rurales et d'accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR).

Après le coup d'Etat de 1968, le Mali s'est orienté vers une économie libérale tout en conservant les textes fondamentaux du socialisme. Dans cette situation, cette jeune nation a été confrontée à des difficultés socio-économiques. [01, 02]

Devant l'échec de la plupart des pays pour atteindre ce premier objectif, l'OMS a énoncé un autre objectif qui était la santé pour tous d'ici l'an 2000. C'était à l'occasion de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue du 06 au 12 Septembre 1978 à Alma Ata. A cette fin, les Etats membres étaient invités à formuler leurs politiques, stratégies et plans d'action nationaux.

Deux mois après Alma Ata, le Mali intégra dans sa politique les éléments de cette conférence notamment la liste des médicaments essentiels et des propositions en vue de les rendre disponibles. C'est ainsi que le plan décennal 1978-1987 avait pour objectif majeur, la santé pour tous d'ici l'an 2000. [03]

Une nouvelle occasion s'est offerte en Septembre 1987 lors de la 37ème session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Bamako où l'idée de faire du médicament la locomotive pour

relancer les soins de santé primaires a été retenue sous le vocable de l'Initiative de Bamako(1B).

Cette Initiative avait pour principe de base une offre de soins de santé primaires, un approvisionnement correct des communautés en médicaments essentiels et une participation active et responsable des populations à la gestion des structures sanitaires.

Les soins de santé primaires étaient basés sur huit composantes:

[04]

- 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.

Cependant, face à la faiblesse du budget de la santé et à la précarité de formations des agents de santé en milieu rural, le Mali élabora en 1990 une nouvelle politique de santé qui est la création des Centres de Santé Communautaire(CSCom).

Mais cette nouvelle politique n'a commencé effectivement qu'avec le lancement du Projet Santé Population et Hydraulique Rural (PSPHR) en 1992. La structuration du système de santé est alors passée d'une conception pyramidale, hiérarchique et administrative à une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux : [05]

Le premier niveau dit opérationnel: constitué par les centres de santé de cercle ou de commune et les centres de santé communautaires ;

Le deuxième niveau dit régional (d'appui et d'orientation) : est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique ;

Le troisième niveau est le niveau national qui constitue le niveau de conception. Il est chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur.

Cette approche prévoit un type d'activité spécifique pour chaque niveau de contact en mettant un accent particulier sur le Paquet Minimum d'Activités du niveau opérationnel, c'est-à-dire le Centre de Santé Communautaire qui constitue le 1er niveau de contact avec les structures de santé.

A ce titre, le CSCom doit assurer le Paquet Minimum d'Activités(PMA) comprenant trois volets : un volet curatif, un volet préventif et un volet promotionnel.

Le volet curatif: couvre la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

Le volet préventif : porte sur la consultation prénatale (CPN), la surveillance et la vaccination des enfants, ainsi que les femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire en centre fixe et en stratégie avancée.

Le volet promotionnel : visant à une large information, une bonne promotion du planning familial (PF), une bonne éducation, une bonne communication pour le changement de comportement et une sensibilisation efficace de la population à l'utilisation du centre.

C'est dans le cadre de cette nouvelle initiative que l'Etat a entrepris le vaste programme de création des ASACO/CSCoM. La mise en pratique de cette politique a abouti au lancement du Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire(PDDSS) 1998-2007. Ce plan est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS).

Le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du programme n'a été effectif qu'une année plus tard.

La programmation de la deuxième phase quinquennale du PDDSS (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le décalage de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II, qui couvre la période 2005-2009, s'est organisé autour de deux Composantes, la Composante Santé et la Composante Développement Social.

La composante santé du PRODESS II comprend les sept volets suivants :

Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires.

Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines.

Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.

Volet 4: Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie.

Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation.

Volet 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche.

Volet 7: Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation. [06].

L'Association de Santé Communautaire de Banconi(ASACOBA) a été la première expérience créée en 1988 à Bamako et a ouvert son Centre de Santé Communautaire en 1989.

Cette expérience fut concluante par l'adhésion des populations aux soins de santé de proximité et par la participation de cette même communauté à la gestion de sa propre santé. C'est dans la même optique que plusieurs Associations de Santé Communautaires ont été créées à travers le pays. [07,08]

De 1995 à 2007 Treize Associations de Santé Communautaires ont été créées dans le District Sanitaire de Macina. [Voir annexe IV]

Certaines de ces ASACO ont trouvé des structures de soins en place qu'on appelait autrefois Centres de Santé d'Arrondissement

Revitalisés, qu'elles ont transformées en CCom, d'autres qui n'ont pas eu cette chance ont créé leurs propres CCom. Chacune de ces ASACO gère une structure de prestation de soins devant permettre la prise en charge des besoins de santé des populations.

Cependant, de l'analyse des résultats des monitorages de l'année 2006, il ressort une faible implication des relais dans la recherche active et une insuffisance dans la compréhension de transfert des compétences lors des renouvellements du bureau.

Compte tenu de ces observations, il nous a paru important de réaliser ce travail concernant les ASACO fonctionnelles du District sanitaire de Macina. Cela, dans le souci d'atteindre les objectifs suivants :

Objectifs

Objectif général :

Evaluer la gestion des Centres de Santé Communautaire du District Sanitaire de Macina.

Objectifs spécifiques :

1. Evaluer l'application des textes réglementaires ;

2. Déterminer la fonctionnalité des ASACO ;

3. Déterminer les mécanismes de la gestion financière des ASACO ;

4. Identifier les forces et faiblesses de la participation ; communautaire ;

5. Déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des usagers des CSCom ;

Généralités

1. GENERALITES :

1-1. SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU MALI :

Malgré les efforts entrepris par le Mali dans le domaine de la santé, les indicateurs socio-sanitaires sont encore loin d'être satisfaisants. Les taux de morbidité et de mortalité restent élevés. Selon les résultats de l'E D S IV en 2006, le taux de mortalité maternelle est estimé à 464 pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale est de 57 pour 1000.

Cette situation est essentiellement due à la précarité des conditions socio-sanitaires aggravées par des facteurs tels que :

L'insuffisance d'hygiène et d'assainissement du cadre de vie ;

Les attitudes et pratiques néfastes à la santé ;

Un taux de fécondité et de natalité élevé respectivement de 0,05% et 45 pour 1000 ;

Un taux brut de scolarisation faible (35% au premier cycle) avec un taux de scolarisation des filles à 25,7% ;

Un faible accès à l'eau potable, seulement 48% de la population en milieu urbain (36% en milieu rural) ;

Une faible couverture sanitaire (40% dans un rayon de 5 km et 30% dans un rayon de 15 km) et une faible utilisation des services de santé de l'ordre de 0,3 nouveau cas par habitant et par an.

[08]

Pour apporter une réponse efficace à ces problèmes de santé, le Mali s'est lancé depuis plus d'une dizaine d'années dans une nouvelle expérience : la politique sectorielle de santé et de population (PSSP).

1-2. Définitions opératoires : [09, 10, 11]

1-2-1. La communauté :

«La communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale .Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé.»

1-2-2. La Santé communautaire :

La santé communautaire est une approche locale pour la prise en charge des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population.

1-2-3. ASACO :

L'Association de Santé Communautaire (ASACO) est comme toute association, un regroupement volontaire de personnes, de villages, de fractions ou de quartiers mettant en commun leurs efforts, leurs moyens financiers et matériels pour prendre en main la gestion de leurs propres problèmes de santé afin de parvenir à un même but, à savoir l'amélioration de l'offre des soins et l'assainissement de leur environnement dans leur zone géographique dénommée AIRE DE SANTE.

L'ASACO, comme son sigle l'indique est une association régie par la loi N°04-038 du 05 Août 2005 relative aux associations, qui a abrogé l'ordonnance N°41/PCG du 28 Mars 1959.

Elle est créée en assemblée générale et sa reconnaissance légale est matérialisée par l'obtention d'un Récépissé délivré par l'administration.

Une ASACO se crée sur une aire de santé composée de quartiers, de villages et/ou de fractions. Une AIRE DE SANTE ne doit comporter qu'une seule ASACO et un seul CScCom.

Le respect de la carte sanitaire est une obligation absolue.

Une ASACO doit avoir un nom ; une adresse ; un objet ; des représentants/membres.

Elle est dirigée par ses organes de gestion à savoir :

Le Conseil d'Administration(C.A) ou Bureau exécutif de l'ASACO(B.E) ;

Le Comité de Gestion(CG).

La Direction Technique du Centre.

Une ASACO doit rédiger ses statuts et son règlement intérieur. Dans ces documents sont consignées l'ensemble des règles de fonctionnement de l'association.

Pendant la phase de préparation et de rédaction de ces documents, les populations peuvent se faire aider par l'équipe Socio-Sanitaire de District.

1-2-4. CCom :

Le Centre de Santé Communautaire (CCom) est une formation sanitaire de 1^{er} niveau, créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée en association de santé communautaire (ASACO), pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé et d'assainissement.

1-2-5. Aire de santé :

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

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

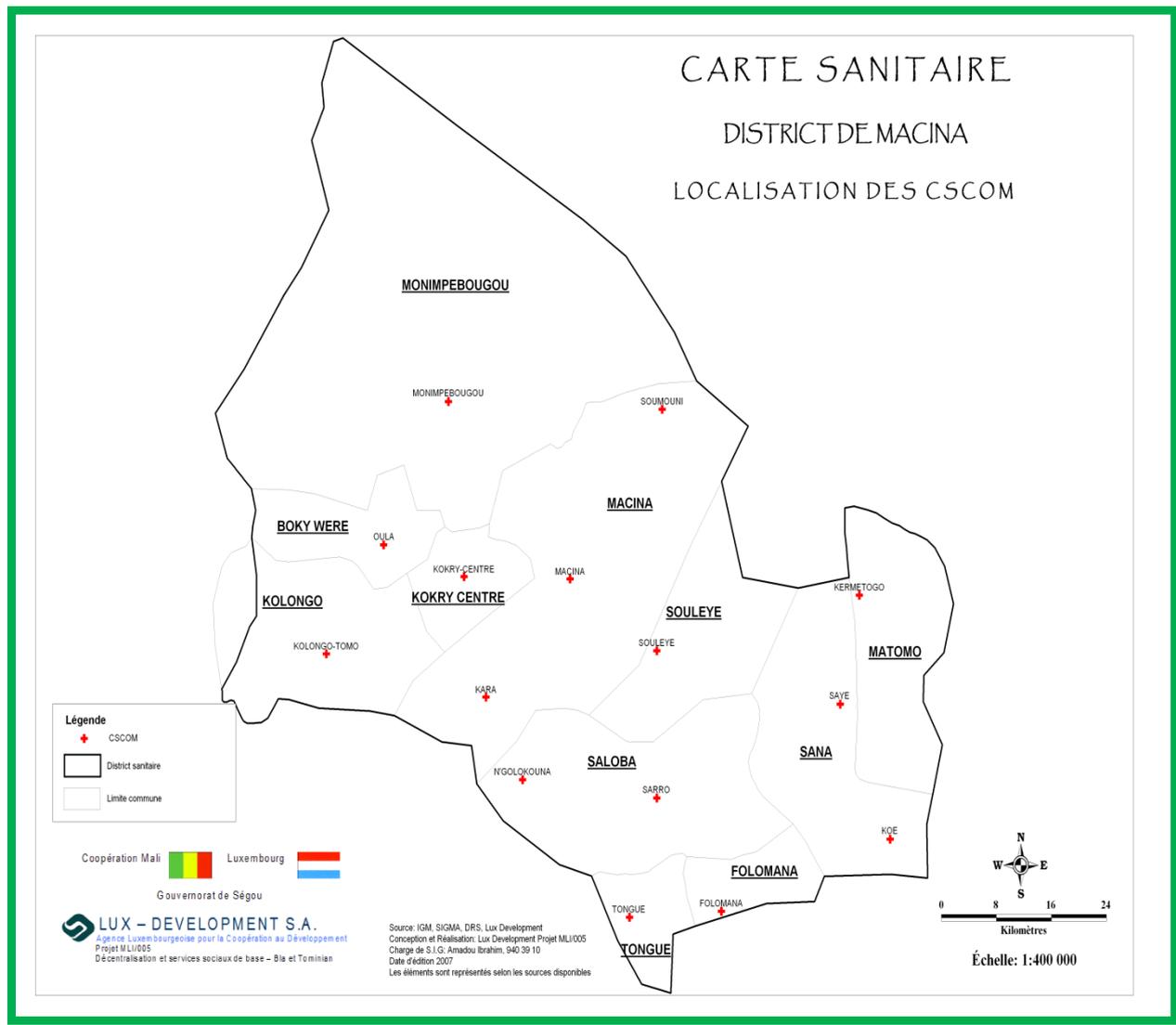
Ces critères ont pour but de permettre aux CScCom, une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement et une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transports font généralement défaut.

1-2-6. District sanitaire :

Il s'agit d'une circonscription sanitaire constituant l'unité opérationnelle de planification conformément à la stratégie africaine de développement sanitaire. Il regroupe un certain nombre d'aires de santé. Le district sanitaire correspond au cercle ou à une commune urbaine de Bamako.

1-2-7. Evaluation :

C'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.



Source : Lux Development 2007, [12]

Graphique I: Carte du cercle de Macina selon le découpage communal.

Méthodologie

2. METHODOLOGIE :

2-1. Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le District Sanitaire de Macina (voir présentation du cercle de Macina en annexe). Les études précédemment effectuées dans cette localité concernaient d'autres domaines, ce qui nous a paru nécessaire de choisir ce lieu afin d'apporter notre contribution dans l'amélioration de la fonctionnalité des ASACO/CSCoM.

2-2. Période d'étude :

Notre enquête s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2007.

2-3. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective et transversale avec recueil rétrospectif des données.

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

- **Une enquête rétrospective : elle est basée sur l'étude des activités menées par les membres des ASACO depuis la création de leur ASACO jusqu'au 31 Décembre 2007.**
-

La collecte des données a été effectuée à partir des registres d'activités des ASACO (PV). Elle permet de mesurer le nombre de réunions tenues et le volume d'activités réalisées par les ASACO.

- **Une enquête prospective :**
 - **Une enquête transversale: elle a concerné de façon aléatoire les membres du Conseil d'Administration et du Comité de Gestion des ASACO (2 par entité) et les Directeurs techniques des CSCom.**
-

- **Une enquête CAP: elle a concerné, à travers une interview, les usagers rencontrés aux CSCom.**
-

Dans chaque CSCom du District Sanitaire de Macina ont été interrogées cinq personnes adultes (hommes ou femmes).

2-4. Population d'étude :

La population d'étude a concerné l'ensemble des habitants vivant dans les aires de santé des ASACO du District Sanitaire de Macina.

Ces habitants devaient bien évidemment satisfaire les critères d'inclusion et accepter de faire partie de l'étude.

Les unités d'observation (unités statistiques) étaient représentées par les membres (Conseil d'Administration, Comité de Gestion) de chaque ASACO du District Sanitaire de Macina et les usagers des CSCom (adultes femmes et hommes présents au moment de l'étude).

2-5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude :

Toutes les ASACO/CSCoM fonctionnelles du District Sanitaire de Macina ayant accepté de collaborer pour mener cette enquête pendant la période 2007 excepté l'ASACO du CSCoM Central de Macina où nous avons réalisé un pré-test des questionnaires pour bien mener cette enquête.

Les usagers des CSCoM âgés d'au moins 18 ans et ayant accepté d'être interrogés.

2-6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

Toutes les ASACO non fonctionnelles du District Sanitaire de Macina et celles qui n'ont pas accepté de faire partie de l'étude.

Les usagers de CSCom dont l'âge est inférieur à 18 ans et ceux qui ont refusé d'être interrogés.

2-7. Echantillonnage :

Notre échantillon a d'une part concerné les 13 ASACO fonctionnelles du District sanitaire de Macina pendant la période de cette étude.

Dans chaque ASACO, nous avons questionné au hasard quatre membres différents selon la fiche d'enquête et par organe de gestion (Conseil d'Administration, Comité de Gestion) et d'autre part, cinq usagers de services pris au hasard dans chaque CSCom.

2-8. Plan de collecte des données :

La collecte des données a été effectuée à partir :

- **des registres des différentes activités menées par les ASACO (PV des réunions) ;**
 - **des supports de gestion ;**
 - **des questionnaires adressés aux membres des ASACO et aux usagers des CSCom des aires de santé.**
-

2-9. Traitement et analyse des données :

Les données récoltées ont été saisies et traitées par le logiciel Microsoft Office Access 2007. Elles ont été analysées par le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

2-10. Ressources utilisées:

- **Ressources humaines : concernent les membres des ASACO (Conseil d'Administration, Comité de Gestion), les Directeurs Techniques des CSCom et les usagers des CSCom.**
 - **Ressources matérielles : ont été les supports de gestion et les registres d'activités des ASACO.**
-

2-11. Considérations éthiques :

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

2-12. Variables utilisés :

Nous avons utilisé comme variables le sexe et le niveau d'instruction.

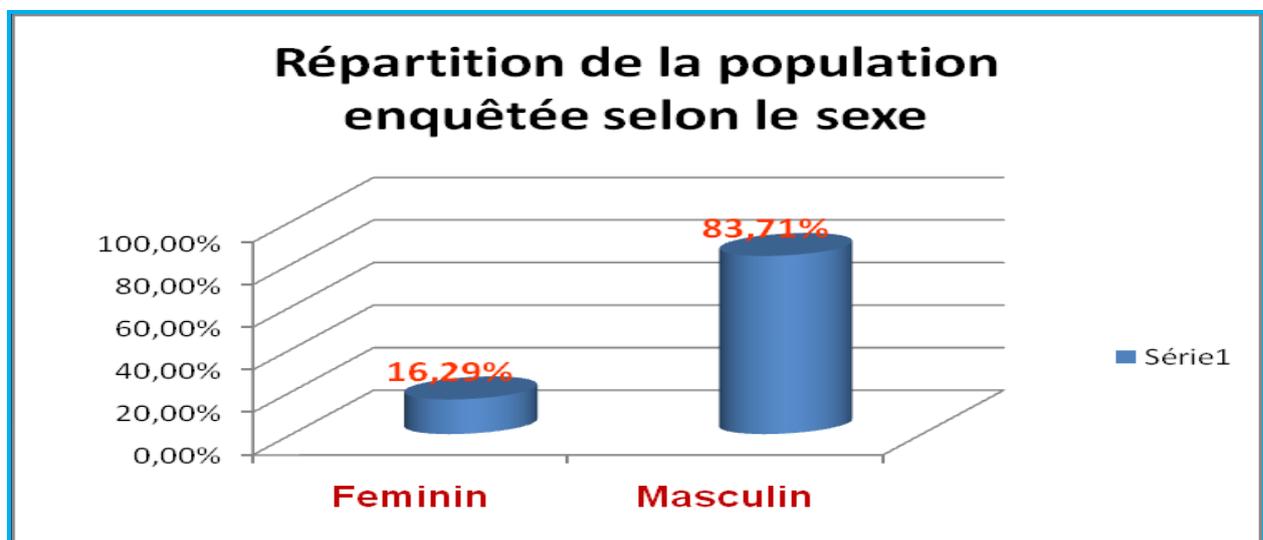
Résultats



3. RESULTATS

3-1. SEXE :

Au total 221 personnes ont fait partie de cette étude.



Graphique 2: Répartition de la population enquêtée selon le sexe.

La population enquêtée est 83,71% masculine et 16,29% féminine.

3-2. NIVEAU D'INSTRUCTION :

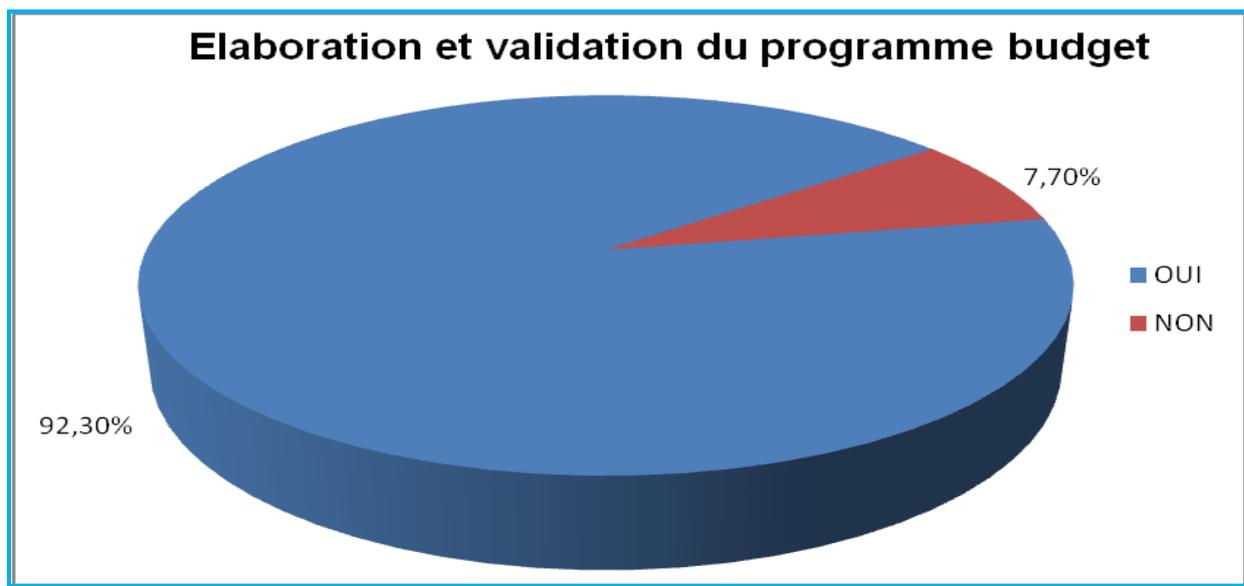
TABLEAU 1 : Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction.

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Niveau primaire	70	31,67
Non scolarisé	46	20,81
Niveau secondaire	44	19,90
Alphabétisé	32	14,48
Ecole coranique	18	8,14
Niveau supérieur	10	5,00
TOTAL	221	100%

La population enquêtée est scolarisée à 56,57% ; 31,67% n'ont pas dépassé l'école primaire et seulement 5% ont suivi des études supérieures.

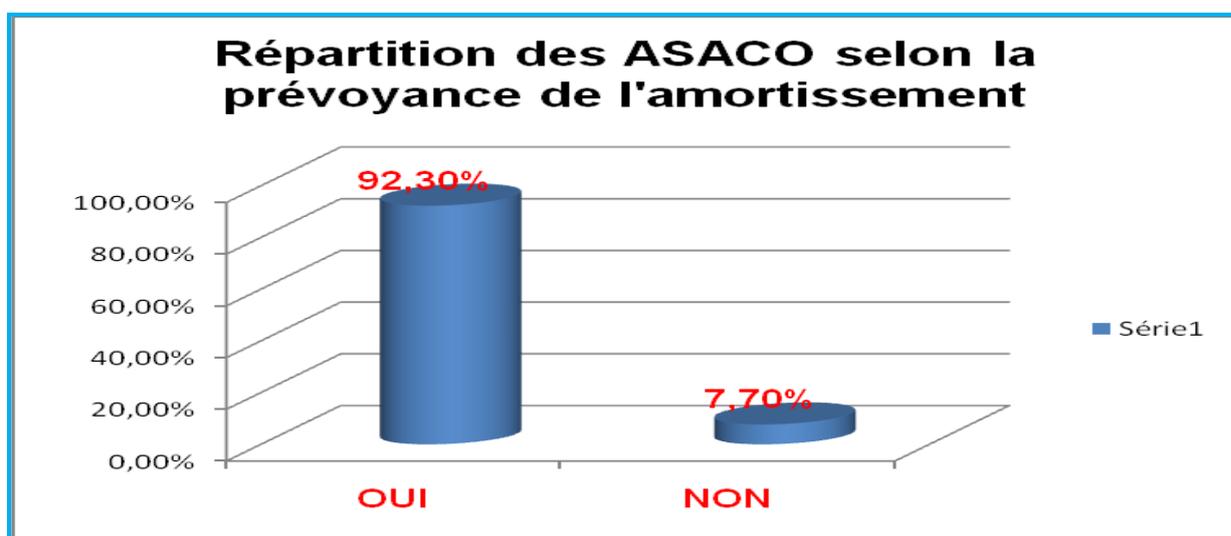
3-3. ASSOCIATIONS DE SANTE COMMUNAUTAIRE :

Notre étude concernait les 13 ASACO fonctionnelles du District Sanitaire de Macina pendant la période 2007.



Graphique 3 : Répartition des ASACO selon l'élaboration et la validation du programme budget annuel.

Selon l'enquête auprès des membres des ASACO (Conseil d'Administration, Comité de Gestion), 92,30% soit 12 ASACO élaborent et valident le budget annuel.



Graphique 4 : Répartition des ASACO selon la prévoyance de l'amortissement.

Seulement 7,70% des ASACO prévoient l'amortissement (matériels médicaux, motos, frigo ou autres).

TABLEAU II: Répartition des ASACO selon la tenue des réunions de l'assemblée générale.

<i>Taux de réunions de l'AG par an</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Plus de 50 %	10	76,92
50%	3	23,08
TOTAL	13	100%

L'enquête auprès des membres des ASACO montre que 10 ASACO sur 13 (76,92%) ont un taux de réunions de l'Assemblée Générale à plus de 50% par an, seulement 3 ASACO (23,08%) ne tiennent l'AG qu'une seule fois par an.

TABLEAU III: Répartition des ASACO selon la tenue des réunions statutaires du conseil d'administration.

Taux de réunions du CA par an	Effectif	Pourcentage
Plus de 50 %	9	69,23
50 %	3	23,07
Moins de 50%	1	7,70
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des Conseils d'Administration, 9 ASACO sur 13 (69,23%) ont un taux de réunions de CA à plus de 50%, 3 ASACO (23,07%) ont un taux moyen de 50% et seulement une seule ASACO a un taux de moins de 50%.

TABLEAU IV: Répartition des ASACO selon la tenue des réunions statutaires du Comité de Gestion.

Taux de réunion	Effectif	Pourcentage
CG		
Plus de 50 %	9	69,23
Moins de 50%	4	30,77
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des Comités de Gestion 9 ASACO sur 13 (69,23%) ont un taux de réunions du comité de gestion à plus de 50%, seulement 4 ASACO (30,77) ont un taux de moins de 50%.

TABLEAU V: Répartition des ASACO selon la tenue des réunions de sensibilisation dans les villages de l'aire.

<i>Réponse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Ne tiennent pas	11	84,61
Tiennent	2	15,39
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des ASACO, seules deux ASACO (15,39%) tiennent des réunions de sensibilisation dans les villages de l'aire.

TABLEAU VI: Répartition des ASACO selon le niveau de rentrées des cotisations des villages.

<i>Niveau de cotisations</i>	<i>ASACO</i>	<i>Proportion %</i>
Satisfaisant	6	46,15
Faible	4	30,77
Moyen	3	23,08
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des ASACO, 6 ASACO (46,15%) ont un niveau de cotisations satisfaisant, 3 ASACO (23,08%) ont un niveau de cotisations moyen tandis que 4 ASACO (30,77%) ont un niveau de cotisations faible.

TABLEAU VII: Répartition des ASACO selon le respect de la périodicité de versement.

Réponse	Effectif	Proportion %
Respectent	10	76,92
Respectent quelques fois	2	15,38
Ne respectent pas	1	7,70
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des ASACO, 10 ASACO (76,92%) respectent la périodicité de versement, 2 ASACO la respectent quelques fois et seulement une seule ASACO ne la respecte pas.

TABLEAU VIII : Répartition des ASACO selon la pratique des activités génératrices de revenu.

	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Ne mènent pas	13	100
Mènent	0	0
TOTAL	13	100%

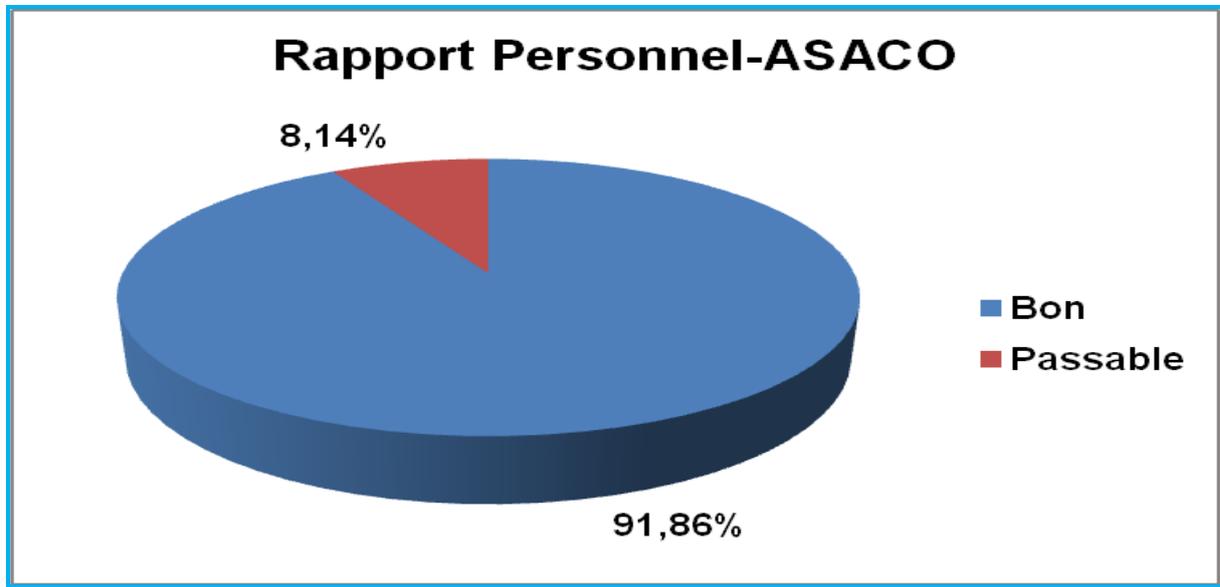
Aucune ASACO du District Sanitaire de Macina ne mène d'activités génératrices de revenu.

TABLEAU IX : Répartition des ASACO selon le solde de recouvrement de coût.

	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Négatif	7	53,85
Positif	6	46,15
TOTAL	13	100%

Selon l'enquête auprès des membres des ASACO, 7 ASACO (53,85%) ont un solde de recouvrement de coût négatif en fin d'année 2007.

3-4. ACTEURS IMPLIQUES DANS LA GESTION DES ASACO :



Graphique 5: Répartition des membres des ASACO enquêtés

selon leur avis sur le rapport entre le personnel de leur CSCom et leur ASACO

Dans notre série, 91,86% des membres des ASACO interrogés trouvent qu'il y a un bon rapport entre le personnel du CSCom et l'ASACO.

TABLEAU X: Répartition des membres des ASACO enquêtés selon la connaissance du capital initial et actuel.

<i>Réponse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage %</i>
Ne connaissent pas	40	76,92
Connaissent	12	23,08
TOTAL	52	100%

Dans notre série, 76,92% des membres des ASACO interrogés ne savent pas le capital initial et actuel de leur CSCom.

TABLEAU XI: Répartition des membres des ASACO enquêtés selon la formation reçue.

<i>Réponse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Formés	28	53,85
Non formés	24	46,15
TOTAL	52	100%

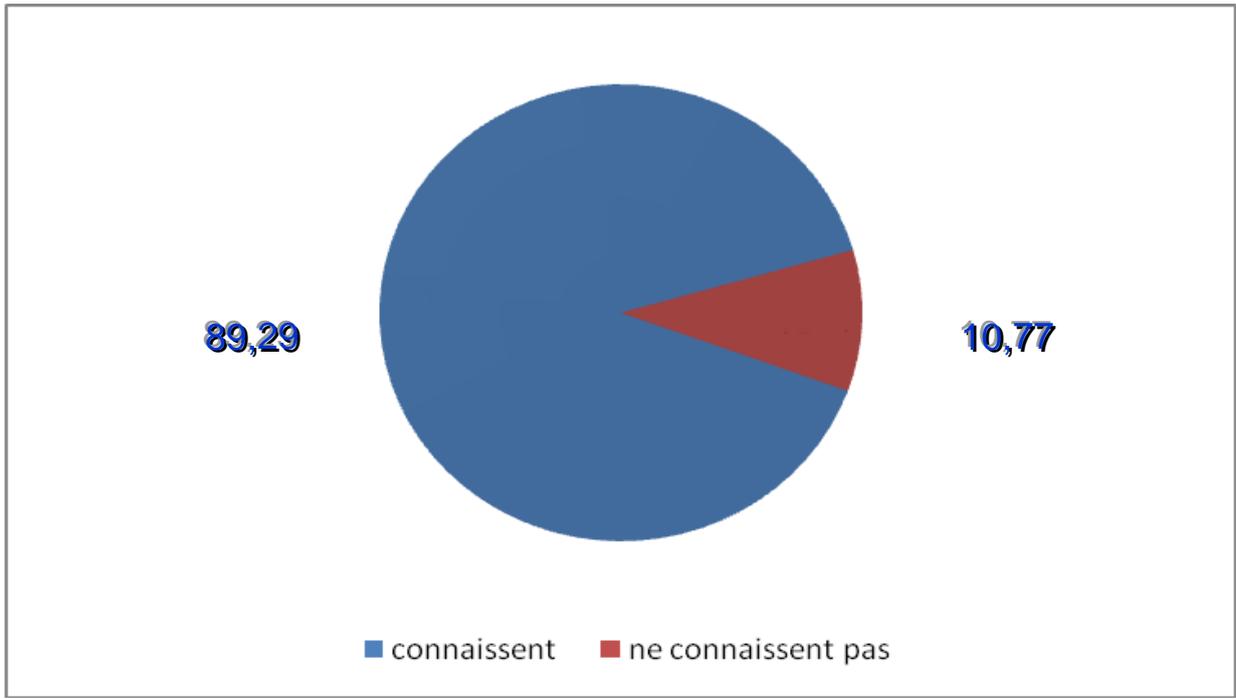
Dans notre série, 53,85% des membres des ASACO interrogés avaient été formés.

TABLEAU XII: Répartition des membres des ASACO enquêtés selon la connaissance des procédures d'encaissement des recettes et des dépenses de fonctionnement.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Ne connaissent pas	27	51,92
Connaissent	25	48,08
TOTAL	52	100%

Dans notre série, 51,92% des membres des ASACO disent ne pas connaître les procédures d'encaissement des recettes et des dépenses de fonctionnement tandis que 48,08% les connaissent.

3-5 . USAGERS DES CSCom :



Graphique 6: Répartition des usagers de CSCom interrogés selon leur niveau de connaissance sur l'ASACO.

Dans notre série, 89,23% des usagers interrogés (soit 58 sur 65 usagers) connaissaient l'ASACO tandis que 10,77% ne la connaissaient pas.

TABLEAU XIII: Répartition des usagers de CSCoM interrogés selon la connaissance de la provenance des ressources financières de l'ASACO.

<i>Provenance des ressources</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Ne connaissent pas	44	67,69
Cotisations	19	29,23
CSCoM	1	1,54
Mairie	1	1,54
TOTAL	65	100%

Dans notre série, 67,69% des usagers de service des CSCoM interrogés ne connaissent pas la provenance des ressources financières de l'ASACO.

TABLEAU XIV: Répartition des usagers de CSCom interrogés selon la connaissance de la provenance des ressources financières des CSCom.

<i>Provenance des ressources</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Recouvrement de coût, Vente de ME	29	44,62
Ne connaissent pas	23	35,38
Cotisations	7	10,77
Mairie	6	9,23
TOTAL	65	100%

Dans notre série, 29 usagers des CSCom interrogés (44,62%) connaissent que les ressources financières des CSCom proviennent du recouvrement de coût et de la vente des médicaments essentiels tandis que 23 usagers (35,38%) ne les connaissent pas, 7 usagers (10,77%) pensent qu'elles proviennent des cotisations villageoises et seulement 6 usagers (9,23%) pensent qu'elles proviennent de la mairie.

TABLEAU XV: Répartition des usagers de CCom enquêtés selon la connaissance de la première instance de décision de l'ASACO.

<i>Organes de gestion</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
AG	43	66,15
Ne savent pas	20	30,77
Comité de Gestion	2	3,08
TOTAL	65	100%

Dans notre série, 66,15% des usagers enquêtés connaissent la première instance de décision de l'ASACO, 30,77% des usagers ne la savent pas et seulement 3,08% des usagers pensaient qu'il s'agit du comité de gestion.

TABLEAU XVI: Répartition des usagers de CSCom enquêtés selon la connaissance du rôle du comité de gestion.

<i>Réponse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Ne savent pas	58	89,23
Exécution des décisions	4	6,15
Gestion du CSCom	3	4,62
TOTAL	65	100%

Dans notre série, 89,23% des usagers enquêtés ne connaissent pas le rôle du comité de gestion, seulement 6,15% des enquêtés connaissent bien qu'il s'agit de l'exécution des décisions prises à l'assemblée générale.

TABLEAU XVII: Répartition des usagers de CSCom enquêtés selon la connaissance de la convention d'assistance mutuelle Mairie-ASACO.

<i>Appréciation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Proportion %</i>
Ne connaissent pas	61	93,85
Connaissent	4	6,15
TOTAL	65	100% %

Dans notre série, 93,85% des usagers des CSCom enquêtés ne connaissent pas la convention d'assistance mutuelle entre la mairie et l'ASACO.

Commentaires

et

Discussion

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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

Au terme de notre étude rétrospective, transversale et prospective qui s'est déroulée du 1er Janvier au 31 Décembre 2007 dans le District Sanitaire de Macina, nous avons pu questionner 13 ASACO dont 12 membres par ASACO ; ainsi que 5 bénéficiaires de service par aire de santé. Notons toutefois que lors de notre échantillonnage, nous avons été confrontés à des difficultés pour la plupart, liées à l'absence de certains membres d'ASACO au moment de l'enquête. Ajouté à cela, le refus de certains usagers de service aux questionnaires. Aussi le manque de recueil de certaines informations très utiles pour approfondir l'analyse ont fait défaut. Les supports disponibles ont été exploités manuellement et ont fait l'objet d'analyse informatique grâce au logiciel Access. Les informations comptables fournies n'ont pas permis de tracer un profil comptable fiable des centres de santé encore moins de faire une comptabilité analytique pour apprécier les secteurs de fiabilité des centres.

Sexe :

Au total 221 personnes ont fait partie de cette étude.

La population enquêtée a été 83,71% masculine et 16,29% féminine. Cette prédominance masculine pourrait être due au fait que les hommes sont les plus impliqués dans la gestion des associations de santé communautaire. Cette constatation a été rapportée par Tamboura A. M. [15] et Diarra M. S. [16] à Bamako, qui ont trouvé respectivement, 60% et 54,10 % pour les hommes ; 40% et 45,90% pour les femmes.

- **Niveau d'instruction :**

La population enquêtée a été 56,57% scolarisée ; 31,67% n'ont pas dépassé l'école primaire et seulement 5% ont suivi des études supérieures. Ces chiffres sont proches de ceux rapportés par Siby Z. [17] à Bamako, qui a trouvé 17.2% pour l'école primaire et 4,6% pour l'école supérieure.

- **Associations de Santé Communautaire:**

- **Elaboration et validation du programme budget annuel 2007:**

La quasi-totalité des ASACO (92,30%) avaient élaboré et validé le budget annuel.

Ceci s'explique par le fait que l'équipe du District avait procédé à la formation des membres des ASACO en élaboration des Programmes et Bilan en fin 2006.

- **Prévoyance de l'amortissement :**

Seules 1/3 des ASACO prévoient l'amortissement des matériels médicaux, des motos et des frigos. Ce résultat corroboraient les revenus faibles du recouvrement des coûts des CSCom pendant la période (54% des ASACO avaient un solde de recouvrement des coûts négatif en fin 2007) d'où l'intérêt de l'assistance de l'état

par rapport à la prise en charge des salaires de l'ensemble des directeurs techniques des CSCom sur fonds PPTÉ.

- **Tenue des réunions statutaires :**

La tenue de l'Assemblée Générale (deux fois par an) était respectée par la majorité des ASACO du District Sanitaire de Macina (76,92%), également le taux de réunions de Conseil d'Administration et de Comité de Gestion dépassait la moyenne dans 9 ASACO sur 13(69,23%).Cependant, ces résultats acceptables ne reflétaient pas le niveau d'information et de connaissance des membres sur leur association. Cette remarque a été caractérisée par la méconnaissance des procédures d'encaissement des recettes et des dépenses de fonctionnement par une proportion assez considérable (51,92%) des membres de ces associations.

Tenue des réunions de sensibilisation dans les villages de l'aire.

Seulement 2 ASACO (15,39%) tenaient des réunions de sensibilisation dans les villages de l'aire.

Ce résultat avait pour conséquences la faible mobilisation communautaire par rapport non seulement aux cotisations des villages dont le niveau n'était satisfaisant que dans 6 ASACO, mais aussi à la méconnaissance du rôle des organes de gestion par les populations, d'ailleurs ce qu'a démontré ces résultats : 89,23% ignoraient le rôle du comité de gestion et 67,69% n'avaient pas d'idée sur la provenance des ressources financières de l'ASACO.

[Tableau XV et XVIII]

-
- Respect de la périodicité de versement :**

Environ 76,92% des ASACO respectaient la périodicité de versement. Ce résultat acceptable était en faveur de l'application des règles de bilan et compte d'exploitation.

- **Rapport Personnel-ASACO :**

Dans notre étude, 91,86% des membres des ASACO trouvaient qu'il y avait un bon rapport entre les membres des ASACO et le personnel des CSCom. Ce bon rapport s'expliquerait par l'expérience de certains Directeurs Techniques de centre et la compréhension des membres des ASACO quant à l'aspect communautaire. Ces Directeurs Techniques étaient des médecins, des Techniciens Supérieurs de Santé ou au moins des Infirmiers du premier cycle.

- **Formation reçue:**

Environ, une proportion moyenne de 53,85% des membres des ASACO avaient reçu une formation durant leur mandat. Ce qui sous entend l'insuffisance de financements programmés dans les plans opérationnels pour assurer une formation effective des acteurs impliqués dans la gestion des ASACO.

- **Usagers des CCom:**

- **Niveau de connaissance des usagers de CCom sur les ASACO :**

Dans notre série, 89,23% des usagers des CCOM interrogés connaissent leur ASACO. Ce résultat est proche de celui de TAMBOURA A. M. [15] en 2006 qui avait trouvé 95,5%. Bien que notre étude trouve une proportion assez considérable, cela ne reflétait qu'à certains égards le degré de connaissance des usagers sur l'ASACO.

- **Connaissance de la première instance de décision de l'ASACO.**

Dans notre série 66,15% des usagers connaissent la première instance de décision de l'ASACO. Cela s'explique par le respect de la tenue de l'Assemblée Générale la majorité (76,92%) des ASACO du District Sanitaire de Macina.

- **Connaissance du rôle du comité de gestion.**
-

Dans notre série 89,23% des usagers ne connaissaient pas le rôle du comité de gestion. Ces résultats non satisfaisants s'expliquent par l'insuffisance des actions de sensibilisation des populations des aires de santé du District Sanitaire de Macina.

- **Connaissance de la convention d'assistance mutuelle Mairie-ASACO.**
-

Dans notre série 93,85% des usagers des CSCom ne connaissaient pas la convention d'assistance mutuelle. L'analyse de ce résultat montrait que les Conseils d'Administration du District Sanitaire de Macina ont peu d'initiative dans le cadre de l'information sur la CAM.

Ce qui n'est pas en faveur du caractère communautaire de la structure.

Conclusion

et

Recommandations

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Cette première étude d'évaluation de la gestion des CSCom du District Sanitaire de Macina a l'avantage de poser concrètement des pistes de réflexions sur la fonctionnalité des ASACO et surtout sur le degré de mobilisation sociale autour des activités de fonctionnement des ASACO.

Selon notre étude, les Associations de Santé Communautaire dans le District Sanitaire de Macina peuvent être considérées comme une réussite. Les membres des ASACO ont un niveau de connaissance acceptable de l'association, il en est de même de l'organisation au sein des associations et des CSCom. La majorité de ces ASACO respectent la tenue des réunions statutaires compte tenu des résultats que nous avons observés.

Cependant, ces associations laissent apparaître certaines faiblesses qui exigent des solutions adéquates et rapides :

Insuffisance d'organisation, d'implication et de mobilisation de la population dans l'exécution des activités d'association ;

Faible connaissance des usagers de CSCom sur :

le rôle du comité de gestion ;

la provenance des ressources financières de leur ASACO ;

la première instance de décision de l'ASACO ;

la convention d'assistance mutuelle ;

Non prévoyance de l'amortissement des matériels médicaux, des motos, des frigos dans le plan opérationnel ;

Insuffisance de communication au cours des réunions statutaires ;

Insuffisance dans la tenue des supports de gestion;

Absence d'activités génératrices de revenus : cette situation menace la pérennité de ces associations à la longue ;

Il est important de signaler que la plupart des comités de gestion dans le District Sanitaire de Macina ont été mis en place dans des conditions assez particulières qui font qu'aujourd'hui, ils ont des difficultés pour faire face à leurs responsabilités. Parmi ces conditions, nous pouvons citer :

Insuffisance de préparation : une fois élus, les membres des comités ont reçu une courte formation initiale en gestion qui, dans la plupart des cas, n'a pas été suivie de supervision régulière ni de recyclage ;

Au cours du choix des membres, les paysans ont surtout compté sur la confiance qu'ils avaient en une personne et non sur sa compétence. C'est ainsi que l'on pouvait rencontrer des trésoriers

**non scolarisés, ceci rend particulièrement difficile l'exercice
correct de la fonction.**

Recommandations :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent :

↳ Au Ministère de la santé

☞ Amener les collectivités et les ASACO à respecter la convention d'assistance mutuelle ;

☞ Assurer le financement de la formation régulière en gestion des responsables des Association de Santé Communautaire ;

↳ Au Centre de Santé de Référence

- ☞ Amener les collectivités et les ASACO à respecter la convention d'assistance mutuelle ;**
 - ☞ Assurer la formation régulière des responsables des associations et les agents de santé aux techniques de renforcement de la participation communautaire;**
 - ☞ Accompagner les ASACO à atteindre leurs objectifs en leur apportant un appui technique et administratif nécessaire.**
-
- ☞ Renforcer la capacité des ASACO pour la réalisation systématique des auto-évaluations.**
-

‡ Aux membres du CA des ASACO

- ☞ Désigner toujours des personnes confiantes et qui ont des compétences nécessaires pour gérer les affaires de l'association lors du choix des membres responsables de gestion;**
- ☞ Faire preuve de tact et maintenir un bon système de communication entre eux et les membres de la communauté afin d'entretenir le sentiment d'appartenance à l'association.**

A cet effet, les membres du CA des ASACO doivent organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle comprenne et adhère pleinement à cette idée de santé communautaire qui constitue de nos jours un moyen fiable d'accès aux soins essentiels de qualité.

**Prévoir l'amortissement des matériels médicaux, des immobiliers,
des motos, des réfrigérateurs...**

Ces biens subissent avec le temps une dépréciation c'est-à-dire une perte de valeur irréversible due à l'usure, vieillissement ou autre. Cette dépréciation constitue une charge pour le CSCom qui devra à terme les remplacer ;

- ☞ Tenir des assemblées générales avec présentation de bilan annuel réel du CSCom (financier et technique) ;**
- ☞ Assurer l'implication des femmes dans les organes de gestion des ASACO;**
- ☞ Assurer et garantir une bonne gestion des fonds par une formation supplémentaire des acteurs en gestion et par l'informatisation de cette gestion afin de renforcer les instruments de contrôle ;**
- ☞ Initier des activités génératrices de revenus (AGR) différentes de celles du CSCom en amenant les populations de l'aire de**

couverture du centre à adhérer à l'association et à participer activement et volontairement à la vie associative ;

☞ **Prévoir à long terme une gestion informatisée du centre pour permettre de faire des statistiques fiables sur le plan technique et financier.**

↳ **Au personnel du CSCom en général et au médecin en particulier**

☞ **Créer un véritable service d'accueil pour informer et orienter les clients afin d'améliorer d'avantage la qualité des soins;**

☞ **Aider les ASACO à susciter une plus grande mobilisation sociale afin de renforcer l'assise communautaire de la structure.**

Bibliographie

5. BIBLIOGRAPHIE

01 MARIKO B.

Evaluation de l'Association du Centre de Santé Communautaire de Daoudabougou(ADASCO) ; thèse de Médecine ; Bamako 2005 ; n°63.

02 BALLO. M et BUNDY. F

Rapport sur la mise en œuvre de l'initiative de Bamako : 10 ans après

1987- 1999 ; document photocopié ; Bamako 2000.

03 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.

04 Ambassade Royale des Pays Bas

L'Evolution du système sanitaire au Mali depuis l'initiative de Bamako : contribution des projets 1987-1999 ; rapport de synthèse ; Bamako, 2000.

05 Sahel 21 et formateurs, Camara I., Akory Ag I.

Manuel de formation en gestion des CSCom au Mali ; document photocopié de 100 p ; Bamako, Octobre 2007.

06 Cellule de Planification et de Statistique/Direction Nationale de la Statistique : Programme de Développement Socio-Sanitaire 2005-2009 (PRODESS II) <<Composante Santé>> ; document polycopié, Bamako 2004.

07 Ag Iknane A.

Le centre de santé communautaire de Banconi, une expérience nouvelle de prise en charge de la santé des populations ; rapport de synthèse ; Bamako, Août 1995.

08 EDS IV

Rapport de synthèse, 2006.

09 Direction National de la Santé, Groupe Pivot Santé Population

Guide de mobilisation sociale ; première édition ; document de références ; formation ASACO ; Bamako, 2009.

10 ABASSI L'A. W. et al

Le financement des centres de santé périphériques : utilisation d'un modèle basé sur des expériences en république du Mali ; rapport de synthèse ; Bamako, 1995.

11 FENASCOM / DNDS

Guide du formateur, module de gestion », élaboré sur base du document Manuel de formation en gestion des membres des ASACO et personnel CSCom ; Bamako, Octobre 2007.

12 USAID <<keneya ciwara>>

Guide pour l'évaluation du développement de la capacité de gestion des ASACO ; document photocopié de 38 pages ; Bamako, Octobre 2004.

13 Lux development SA

Décentralisation et services sociaux de base ; document photocopié ; Ségou 2007.

14 Anonymes

Termes de référence de la supervision des ASACO de la région de Ségou au titre de 2009 ; document photocopié ; Ségou, Mai 2009.

15 TAMBOURA A. M.

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Djélibougou (ASACODJE) de 2001 à 2004 ; thèse de Médecine ; Bamako, 2006, n° 248.

16 DIARRA M. S.

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de l'Hippodrome<<ASACOH<> de 1997 à 2006 ; thèse de Médecine ; Bamako 2008 ; N°335

17 SIBY Z

Evaluation de l'Association de Santé Communautaire de Magnabougou et de son centre ; thèse de Médecine ; Bamako 2008 ; N°42 ;

18 MARIKO .O

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

19 KWENE F.

Evaluation du Centre de Santé Communautaire de Magnabougou ; thèse de Médecine ; Bamako 1996 ; N°72

20 MARIKO. B

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

21 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 ; thèse de Médecine ; Bamako 1992 ; N°38.

22 TOURE. A

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

23 TRAORE. B

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

24 Aperçu historique du cercle de Ké-Macina.

Document photocopié et actualisée ; Ségou 2009.

25 Sous préfecture de Macina

Rapport de synthèse ; Macina 2009.

26 Cellule de Planification et de Statistique/Direction Nationale de la Statistique

Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali ; Bamako, Avril 2008.

27 CAP (Centre d'Animation Pédagogique)

Registre de la situation scolaire 2007-2008 ; Macina, 2008.

28 Service d'Agriculture de Macina

Rapport de synthèse annuel ; Macina, 2008.

29 Service d'élevage de Macina

Rapport de synthèse ; Macina, 2008.

30 Service de la pêche de Macina

Rapport de synthèse ; Macina ,2008.

31 Service de la jeunesse de Macina

Rapport de synthèse ; Macina, 2008.

32 CSRéf Macina

Rapport de synthèse : la situation sanitaire, Macina, 2009.

33 CSRéf de Macina

Organigramme des structures des Centres de Santé Communautaires du District Sanitaire de Macina ; document photocopié, Macina, 2009.

34 Cercle de Macina

Annuaire Statistique actualisé ; Macina, 2009.

35 Direction Régionale de la Statistique, de l'Informatique et de l'aménagement du territoire

Rapport de synthèse. Ségou ; 2009

Annexes

- **Processus de mise en place d'un CSCom [06]**

Le centre de santé communautaire (CSCom) est la structure sanitaire composée de :

- ⇒ **un dispensaire ;**
- ⇒ **une maternité ;**
- ⇒ **un dépôt de médicaments essentiels en**
Dénomination Commune Internationale (DCI) ;
- ⇒ **un laboratoire (éventuellement).**

Conformément au décret n° 05-299/P-RM du 28 Juin 2005 relatif aux conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCom entre autres :

- **Seules les ASACO peuvent créer et faire faire fonctionner un CSCom ;**
- **Le respect de la Carte sanitaire pour l'implantation d'un site de CSCom ;**
- **L'ASACO pour créer un CSCom, doit adresser une demande d'autorisation au Maire de la commune.**

- **Le dossier de création comprend :**
 - ⇒ **une (1) demande timbrée à 200f CFA ;**
 - ⇒ **la copie du récépissé de déclaration de l'ASCO ;**
 - ⇒ **trois (3) copies des statuts et règlements intérieurs de l'ASACO ;**
 - ⇒ **une (1) note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité ;**
 - ⇒ **un plan de financement du CSCom.**
- **L'autorisation de création est accordée par le maire après avis favorable du Médecin Chef du cercle ou de commune du District de Bamako.**
- **La signature et le respect de la convention d'assistance mutuelle COMMUNE/ASACO ;**
- **L'application stricte des statuts et règlement intérieur notamment la tenue des réunions statutaires, le renouvellement des organes de gestion ;**
- **La bonne gestion administrative et financière du CSCom.**

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.**
- ✓ **Etude du milieu : monographie des villages de l'aire c'est -à-dire le recensement de la population de l'aire.**
- ✓ **Approche communautaire, négociation: elle consiste à la tenue d'assemblée générale dans l'ensemble des villages censés appartenir à l'aire de santé afin d'obtenir leur adhésion. Cette appartenance tient sans nul doute sur des critères socioculturels et géographiques. Ainsi deux ou trois tours de visites d'information et de recueil d'opinion sont réalisés par village ou quartier.**
- ✓ **Les différentes assemblées générales avec les communautés précisent le lieu d'implantation du CSCom.**
- ✓ **Elaboration du projet du CSCom : Elle passe par les étapes suivantes :**

- ☞ l'engagement des différents partenaires (Etat 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 en son article 10. Cet arrêté est modifié depuis environ 5 ans par le décret n° 02 – 314/ P – RM du 04 juin 2002 dont stipulent : [09]

Article 1er : Le présent décret fixe les détails des compétences transférées de l'État aux communes et aux Cercles en matière de Santé.

Article 2 : Les Collectivités territoriales exercent les compétences ci-dessous indiquées en matière de santé.

Pour la commune :

- **l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement en matière de santé ;**
- **la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les Associations de santé communautaires (ASACO);**
- **l'allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement;**
- **la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels);**
- **la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents;**
- **la subvention financière aux travaux de construction et à l'équipement des CSCom;**
- **la lutte contre la vente illicite des médicaments;**
- **le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO;**
- **la lutte contre les épidémies et catastrophes;**
- **le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins-chefs des services de santé de cercle.**

Pour le Cercle :

- ♥ **l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement socio - sanitaire de Cercle**
- ♥ **(PDSEC);**
- ♥ **le recrutement du personnel;**
- ♥ **la construction / la réhabilitation et l'équipement des Centres de santé de référence**
- ♥ **(CSRéf);**
- ♥ **la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies;**
- ♥ **la lutte contre la vente illicite des médicaments;**
- ♥ **l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments;**
- ♥ **l'élaboration et la révision de la carte sanitaire du cercle;**
- ♥ **l'allocation de subventions aux Centres de santé de référence) CSRéf);**
- ♥ **le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle;**
- ♥ **le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux Directeurs régionaux de la santé.**

Pour les Communes du District de Bamako :

- **L'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement socio - sanitaire de la**
- **commune (PDSC);**
- **la construction / la réhabilitation et l'équipement des Centres de santé de référence**
- **(CSRéf);**
- **le recrutement du personnel;**
- **la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre**
- **les maladies;**
- **la lutte contre la vente illicite des médicaments;**
- **l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments;**
- **l'élaboration et la révision de la carte sanitaire de la Commune;**
- **l'allocation de subventions aux Centres de santé de référence (CSRéf) et aux CSCom;**
- **le contrôle du respect des engagements des ASACO de la commune;**
- **le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières des structures de santé de premier et**

second niveaux au Directeur régional de la santé du District de Bamako.

FONCTIONNEMENT ET ORGANES DE GESTION DE L'ASACO : [09]

Conformément au décret n° 05-299 /P-RM du 28 Juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCoM), les organes d'administration et de gestion sont :

- Le Conseil d'Administration (CA);**
- Le comité de gestion CG);**
- La Direction Technique du Centre.**

Le conseil d'administration(C.A) : Il est l'organe d'exécution des décisions de l'Assemblée Générale.

Il a pour mission de veiller au bon fonctionnement du CSCoM. A ce titre il est chargé :

- ☞ d'examiner et d'adopter les budgets programmes annuels d'activités du CSCoM ;**
- ☞ de définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;**
- ☞ d'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;**

- ☞ **de recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaires au fonctionnement du CSCom ;**
- ☞ **de rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du CSCom.**

Le CA se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin.

Le Conseil d'Administration, élu par l'Assemblée Générale de l'association pour une durée de trois (3) ans renouvelable, comprend :

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

Sont membres de droit avec voix consultative :

- **Le Préfet du cercle ou son représentant ;**
- **Le maire de la commune ou son représentant ;**
- **Le chef de quartier ou du village abritant le CSCom ;**
- **Le chef du CSCom ;**
- **Le Médecin-chef du cercle ou de la commune.**

Le CA peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

Le comité de gestion (C.G) : Veille à la bonne exécution des décisions du conseil d'administration. Il est chargé :

- **du suivi de la gestion du CSCom ;**
- **d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du CSCom proposer par le Directeur Technique du CSCom ;**
- **d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du CSCom ;**
- **de justifier auprès du cales dépenses effectuées ;**
- **de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.**

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

Elu par le CA parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend :

- Un Président ;**
- Un Vice président ;**
- Un Trésorier ;**
- Un Commissaire au compte ;**
- Le Directeur technique du CSCom.**

La direction technique du centre: Elle est assurée par un professionnel de la santé ayant au moins le niveau d'un Technicien de santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités de l'aire de santé.

L'Assemblée générale (A.G) : Elle est l'instance suprême de décision de l'ASACO, elle est appelée aussi assemblée des membres adhérents. Elle représente l'ensemble des adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé. Elle met en place le Conseil d'Administration(C.A).

Son rôle est de :

- **définir la politique générale de l'ASACO et décider des grandes orientations qui seront ensuite appliquées par les autres organes de gestion ;**
- **valider les comptes et le rapport d'activité de l'année écoulée ;**
- **voter le budget et le programme d'activités de l'année à venir.**

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 se sont organisées en : [11]

- ☞ **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 2007 environ 923 ASACO, 827 CSCom,

56 FELASCOM et 9 FERASCOM et en 2009, 857 CSCCom et 1070 ASACO.

MISSIONS D'UNE ASACO : [11]

- ✓ Assurer la création du CSCCom, en contribuant au génie civil, en recrutant le personnel technique qualifié et en réceptionnant l'équipement et la dotation initiale en médicaments essentiels en DCI ;**
- ✓ Assurer la gestion du CSCCom : gestion des ressources humaines, gestion des ressources matérielles, gestion des ressources financières ;**
- ✓ Assurer la mobilisation sociale : animation communautaire, information / sensibilisation.**

MISSION D'UN CSCCom : [11]

- ☞ gérer la mise en œuvre des actions socio-sanitaires au sein de la population ;**
- ☞ dispenser des prestations curatives : soins courants aux malades, dépistages et traitement des endémies locales, explorations para cliniques ;**
- ☞ assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;**
- ☞ développer les communautaires dans la gestion du CSCCom et de la prise en charge des problèmes de**

**activités de soins préventifs au sein de la collectivité :
santé maternelle et infantile(SMI), planning familial
(PF), vaccination, éducation pour la santé (EPS) ;**

**☞ initier et développer des activités promotionnelles :
hygiène et assainissement (HA), développement
communautaire (DC), éducation pour le changement de
comportement (CCC) ;**

**☞ promouvoir la participation santé de l'individu, de la
famille et de la collectivité.**

Les questionnaires 1, 2 et 3 sont réservés aux acteurs impliqués dans la gestion de la santé communautaire et le questionnaire 4 s'adresse aux usagers des CSCCom.

**QUESTIONNAIRE 1 : CA/CG
(Cible : 2 membres par entité)**

Profil de l'enquêté :

Fonction.....Sexe H/F

Aire de santé.....

**Niveau d'instruction : école medersa / école coranique/
primaire/secondaire supérieure.**

Avez-vous élaboré un programme budget annuel ? OUI / NON

Si oui, votre programme a-t-il été validé par l'AG? OUI / NON

**Respectez-vous le programme budgétaire de dépenses? OUI /
NON**

Évaluez-vous les Programmes en fin d'année? OUI / ON

Prévoyez-vous l'amortissement du matériel? OUI / NON

- Motos? OUI / NON

- Autres équipements? OUI / NON Si oui

Préciser.....

Avez-vous un registre d'inventaire des matériels? OUI / NON

**Avez-vous une périodicité des versements des recettes? OUI /
NON**

Respectez-vous cette périodicité ? OUI / NON / quelques fois

Avez-vous fait votre bilan annuel? OUI / NON Est-il ?

Positif Négatif Équilibré

La tenue des supports de gestion :

Bonne Passable Insuffisante

Quel est votre capital de ME ?

Initial..... NSP

Actuel Fin 2007.....NSP

Le solde de votre RC en fin 2007 était t-il ?

Positif Négatif NSP

**QUESTIONNAIRE 3: Aspect communautaire (ASACO)
(Cible : DC, 3 membres par ASACO)**

Profil de l'enquêté :

Fonction.....Sexe H/F

Aire de santé.....

**Niveau d'instruction : école medersa / école coranique/
primaire/secondaire supérieure.**

Rapport ASACO / personnels : Bon /Passable /Mauvais

Rapport entre personnels de santé : Bon /Passable /Mauvais

Taux de réalisations des réunions statutaires :

AG..... (2x/an)

CA..... (1x/trim.)

CG..... (1x/mois)

Participer vous aux réunions des organes de gestion OUI / NON si
oui le taux.....

Tenez-vous des réunions de sensibilisation et d'information dans les
villages et pendant la période ? OUI / ON si oui nombre en
2007.....

Quel est le niveau de recouvrement des cotisations des villages ?

Satisfaisant Moyen Faible NSP

Comment assurez-vous le paiement de la cotisation de la caisse de
la solidarité ?

Cotisation

Activités Génératrices de Revenu

Autres à préciser.....

Recouvrement de Coût

Quelles sont selon vous les procédures d'encaissement des recettes
et des dépenses de fonctionnement ?

.....
Comment avez vous été membre de

l'ASACO?..... Quel est le travail

qui vous revient en tant que membre de

l'ASACO.....

.....

Questionnaire 4: Participation communautaire

CIBLE : 5 bénéficiaires de prestations

Profil de l'enquêté :

Fonction.....Sexe H/F

Aire de santé.....

**Niveau d'instruction : école medersa / école coranique/
primaire/secondaire supérieure.**

Q1 : C'est quoi l'ASACO ?

.....
C'est quoi le CSCOM ?

.....
Q2 : A qui appartient le CSCOM ?

Q3 : D'où proviennent les ressources de l'ASACO ?.....

Q4 : D'où viennent les ressources du CSCOM ?

Q5 : Quel est l'organe de première instance des décisions de l'ASACO ?

AG/CA/CG/CS/NSP/Autre à préciser.....

Q6 : Qui finance les activités du CSCOM ?

-Le maire ? -Le recouvrement du coût ? -Les cotisations ? - Les tons villageois ?

-Autres ?

-Ne connaît pas

Q7 : Comment les villages sont informés sur la gestion du CSCOM ?

.....
Q8 : Quel est le rôle du comité de gestion dans la gestion du CSCOM ?

.....
Q9 : Quel est le rôle du conseil d'administration dans la gestion du CSCOM ?.....

Q10 : Quel document gère les relations entre la mairie et l'ASACO ?.....

Q11 : Comment se font les dépenses au niveau du CSCOM?.....

Q12 : Quels sont les textes législatifs et réglementaires qui régissent la santé communautaire que vous connaissez ?

.....
Q13 : Avez-vous une idée sur la politique sectorielle de santé au Mali ? Y/N si oui laquelle

Q14 : Selon vous à quoi servent les recettes M.E ?

.....
Q15 : Quel est votre avis sur l'organisation de votre système de santé ? Satisfait/Peu satisfait/Pas satisfait / Sans avis

PRESENTATION DU LIEU D'ETUDE

1. Aperçu historique : [24]

Le Gouvernement français, à la recherche d'un emplacement géostratégique pour faire face aux pillards maures venant du sahel, a choisi l'ancien site de Macina, deux fois abandonnés par ses habitants.

Deux lieux avaient été proposés à cet effet : Kouly près de Diafarabé et le vieux site de Macina. Mais c'est Macina qui fût retenu.

Aux environs de 1815, un clan de pêcheurs vint s'installer sur la côte que représente l'actuel site de la résidence du préfet, au bord du fleuve Niger.

Le chef de ce clan dont on ignore le nom était communément appelé <<Naba dougoutigui>>.

Après le départ de ce premier groupe, certainement pour des raisons de sécurité, un autre contingent occupa le site abandonné.

Le plus célèbre d'entre eux s'appelaït Ké-Moussa Kouanta pour les uns et Moussa Kobilà pour les autres. Il était surnommé <<Sinzan Moussa>> qui signifie Moussa du parc. C'est ainsi qu'un petit campement de bozo vit le jour. Il s'étendait de l'actuelle résidence du préfet à l'actuel logement du Juge de paix.

Cependant, en raison des incessantes razzias saisonnières des bambaras de Monimpébougou, les bozos abandonnèrent les lieux et s'installèrent sur la rive droite. Ainsi abandonné, le campement de pêche devint une épaisse broussaille inhabitée. En 1922, le gouverneur de la colonie du soudan français, Terrassons de Fougères, entreprit une tournée générale. Il constate qu'entre les différents chefs lieux de circonscription (Ségou, Djenné, Mopti et Sokolo) la distance était importante et la sécurité précaire. Il suggéra donc la création d'une circonscription située aux carrefours des anciens chefs lieux de circonscription. Emervéillé par l'emplacement de Macina, il voulut y créer un village portant son nom : Terrassons Ville, en vu de s'immortaliser.

Malheureusement, son rêve fût estompé car rentré en France après son séjour colonial, il y est resté pour toujours. Le village (chef lieu actuel du cercle) que les fondateurs crurent faire partie de l'empire peulh d'Amadou de Macina, reçoit le nom de Ké-Macina <<KE>> qui signifie en langue Bozo voie, passage, accès ou encore être concerné. Ce lieu choisi était le point d'accès au Macina via Ségou.

La subdivision de Macina est alors officiellement créée le 16 Novembre 1923 sous la juridiction de Mopti dans un premier temps, puis rattachée à Ségou. Elle a été inaugurée en 1926, date désormais considérée comme celle de sa fondation. Environ trente ans après, la subdivision de Macina a été érigée en cercle par l'arrêté N°4558/AP du 21 Juin 1954.

La circulaire N°345/AP-AS-2 du 24 Décembre 1954 du Gouverneur du Soudan L. Geay a fixé au 1^{er} Janvier 1955 la date à partir de laquelle doit commencer à fonctionner le nouveau cercle.

Six ans plus tard, le cercle de Macina fut amputé des localités de Niono et de Ténenkou qui, à leur tour furent érigées en cercle par la loi N° 62-44/AN-RS du 2 Mai 1961.

Les premières actions de développement ont porté sur l'éducation et le désenclavement, notamment la création de l'école du village en 1926, la construction du bâtiment de la poste en 1925, et la construction de la digue Macina-Méou longue de 57 km en 1932.

Le village de Macina est une pure création de l'Administration coloniale, immédiatement occupé par les indigènes au bord du fleuve Niger, (actuel quartier Hamdallaye).

Après l'indépendance et la réorganisation du territoire, les cercles de Niono et de Ténenkou furent retranchés pour lui donner ses limites actuelles.

Le peuplement du nouveau cercle s'est fait, d'abord par Monimpébougou au nord, Saye et Sarro au sud. Ensuite un contingent très important d'habitants de Sokolo en quête des terres de culture fut transféré à Ké-Macina.

Cette tranche de Sokolo s'est profondément enracinée et a assuré la chefferie du village jusqu'aux années 1985-1986. De 1924 à nos jours 44 commandants de cercle se sont succédé dont le premier fut LACASCADE.

C'est à partir de 1960 que les nationaux ont pris le commandement et le premier fut Tombouctou COULIBALY.

2. Données générales :

2.1. Superficie :

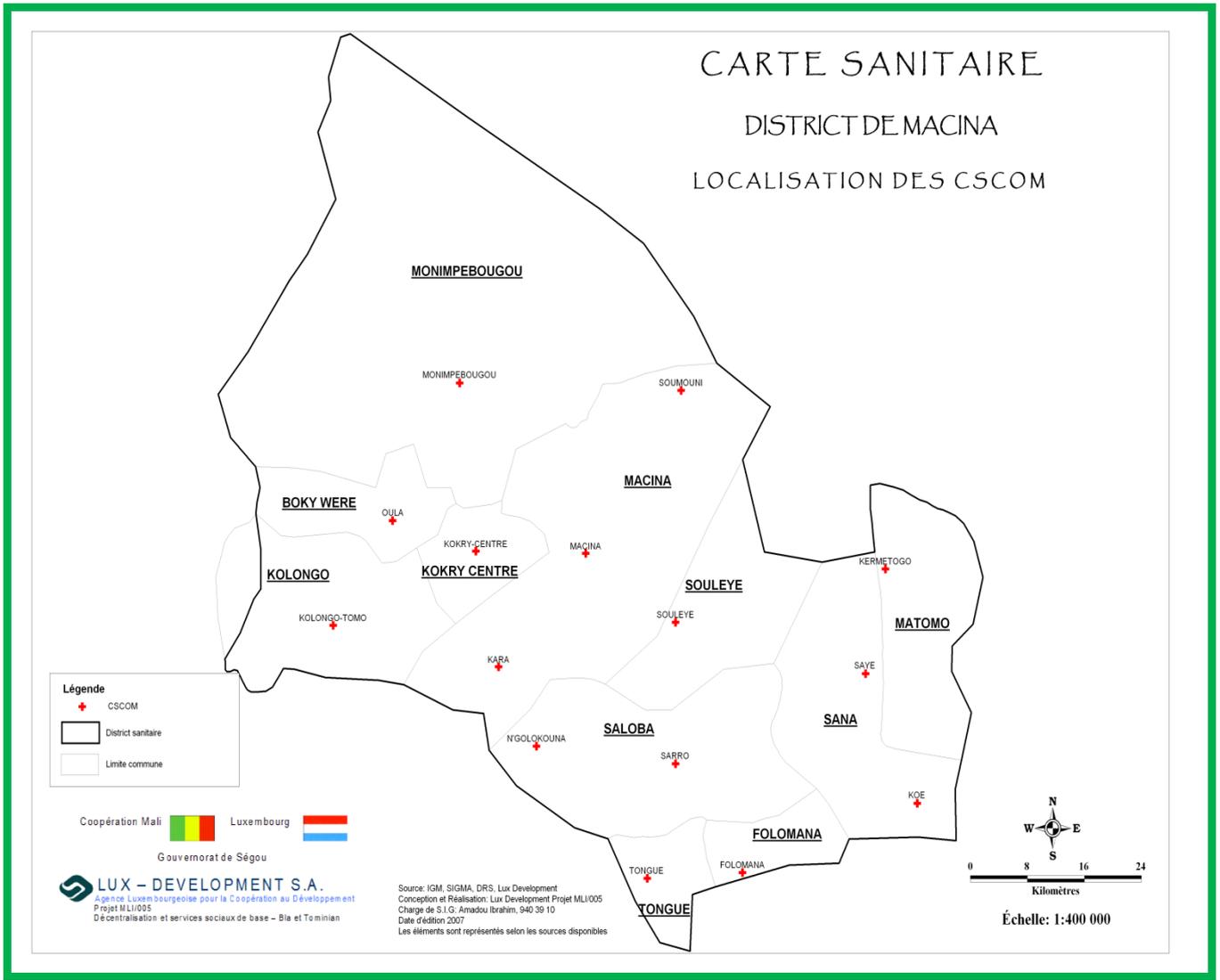
A califourchon sur le fleuve Niger, le cercle de Macina est l'une des circonscriptions les plus anciennes de la Région de Ségou qui couvre une superficie de 6 563 km². Il est situé à 150 km de Ségou dans le septentrion Est de la 4^{ème} Région administrative de la République du Mali.

2.2. Limites :

Il est limité :

- A l'Est par les cercles de Ténenkou et de Djenné ;
- A l'Ouest par le cercle de Ségou ;
- Au Nord par le cercle de Niono ;
- Et au Sud par le cercle de San.

Le découpage administratif du territoire national le plus récent résulte de l'application de la loi N°96 059 du 04 Novembre 1996 portant création des Communes. Le cercle est alors divisé en 11 (onze) communes rurales, sans aucune commune urbaine, et 242 villages.



Graphique 7: Carte du cercle de Macina selon le découpage communal. [13]

2.4. Relief:

Le relief est de type soudano-sahélien. Il est constitué par les plaines sablonneuses, alluviales, limoneuses favorables à la culture du mil, de l'arachide, du fonio et des plaines argileuses favorables à celles du riz et du sorgho.

Le cercle de Macina est situé sur quatre zones à potentiel homogène de la Région de Ségou.

Cette répartition zonale relative au découpage des anciens arrondissements, se présente comme suit :

- Macina Central : les vallées fluviales des lacs ;**
- Kolongotomo : l'Office du Niger,**
- Monimpébougou : le Delta mort**
- Sarro : le moyen Bani-Niger**
- Saye : le moyen Bani-Niger**

2.5 Climat :

Le cercle de Macina a un climat de type soudano-sahélien, avec des moyennes de température variant de 21°C en Janvier à 35°C en Mai. Il est caractérisé par deux saisons principales :

- Une saison sèche de Novembre à Mai avec un moment de froid (Novembre-Février) et un moment de chaleur (Mars-Mai)**
- Et une saison des pluies de Juin à Octobre.**

Les vents dominants sont l'harmattan qui souffle du Nord au Sud pendant la période froide de la saison sèche et la mousson, d'Est en Ouest pendant la saison des pluies.

TABLEAU XVIII: Répartition de la pluviométrie par année de 2002 à 2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Hauteur	1/1 au						
Pluie	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12	30/12
	517,7 mm	775,1 mm	487 mm	440,7mm	680,2 mm	475,6 mm	631,5 mm
	en 39	en 46	en 40	en 27	en 37	en 32	en 41
	jours						
Hauteur	11	28/09	30/09	23/09	11/08	19/09	30/09
maxi du	et12/10						
Fleuve		6,34 m	5,38 m	5,10 m	5,51 m	5,92 m	6,26 m
	5,21 m						

Source: Sous préfecture de Macina, 2008. [25]

2.6. Hydrographie :

Les ressources en eaux du cercle de Macina sont le fleuve Niger pour environ 100 km sur les 292 km de son parcours dans la Région de Ségou. Aussi, il y a le canal de Macina à partir du Point A à 91 km de Macina, qui assure l'irrigation des parcelles de l'Office du Niger. Ce canal est alimenté par le fleuve Niger en amont du barrage de Markala.

En dehors de ces deux réseaux de sources d'eaux, il y a le Falla de Monimpébougou et celui de boki-wéré.

2.7. Faune et Flore :

La faune, jadis très riche en espèce animale, est aujourd'hui très peu fournie. Cependant, on y rencontre en faune terrestre des singes, des phacochères, des chacals, des lapins et beaucoup de reptiles. En faune ailée, il y a des francolins, des oies, des tourterelles et des serpentaires. En faune aquatique, il faut noter l'existence des différentes espèces de poissons, et souvent des hippopotames et des lamantins.

La flore se caractérise par la présence d'espèces épineuses (dattes sauvages, jujubiers, Baki etc., l'existence de rônier <<gnama>>. En tous les cas, toutes les formations naturelles végétales vont de clairs à nulles sur l'étendue du territoire. La dégradation des ressources naturelles est bien perceptible, par l'existence de nombreuses plages nues (walawala).

2.8. Organisation administrative :

Le cercle de Macina compte 11 communes rurales : Macina, Kolongo, Monimpé, Folomana, Saloba, Sana, Kokry, Boky-wéré, Tongué, Matomo, Souleye). Chaque commune est dirigée par un conseil communal présidé par le maire. Les communes sont représentées au niveau cercle par le conseil de cercle dirigé par un président.

L'état est représenté par le Préfet au niveau du cercle et par le sous Préfet auprès des communes relevant des anciens arrondissements.

La carte sanitaire est en relation avec le découpage administratif. Plusieurs CSCom sont à cheval sur les communes, ce qui entraîne souvent des problèmes de gestion dans ces structures. Cependant depuis l'avènement de la décentralisation, les problèmes de santé sont résolus de concert avec les collectivités décentralisées.

3. Démographie :

La population du cercle de Macina est de 218 794 habitants en 2008 pour 107 408 hommes et 111 386 femmes avec un taux global d'accroissement de 1,5% et une densité de 33,34 habitants/km². Les mouvements des populations se font pendant toute l'année. La migration a trait à un premier mouvement intense saisonnier de pêcheurs, représentés le plus souvent par les communautés bozos, vers les lieux de pêche dès l'amorce de la décrue. Un second groupe à la recherche de fortunes dans les pays lointains tels que la Lybie, l'Espagne etc.

4. Activités socioculturelles :

Données socioculturelles :

☞ Cultures et traditions :

Suite aux grandes migrations de populations avant et après la période coloniale, un brassage de multiples ethnies compose la population. On rencontre des bambaras, des bozos, des peulhs, des mossis, des samokos, des Sarakolés, Minianka, bella, sonraï, etc. La langue commune véhiculaire est le bambara. Chaque ethnie a sa culture et sa tradition. Au fil des années les contacts avec le colonisateur ont influencé la culture et la tradition du milieu. Les différences de cultures entre les ethnies sont de moins en moins nettes.

☞ Religions :

L'islam est la religion dominante suivi du christianisme et de l'animisme à très faible échelle.

☞ Habitats :

Il est de type traditionnel avec quelques maisons modernes. La population est essentiellement sédentaire. Cependant il existe des mouvements de population le long du fleuve avec des abris provisoires, population essentiellement constituée de Peulhs, Bozos, et Bêlas.

EDUCATION :

TABLEAU XIX: Nombre d'écoles par statut et par type

Statut	Type	Effectifs
Ecoles communautaires	1 ^{er} cycle	102
Ecoles gouvernementales	1 ^{er} cycle	34
	2 ^e cycle	11
Centres d'Education pour le Développement		21
Ecoles privées	Cycle complet	1
	Lycée	1
	1 ^{er} cycle	2
	Jardin d'enfants	3
	Medersa	28
TOTAL		203

Source : CAP Macina, 2008. [21]

La gestion de ces centres scolaires est assurée par un personnel composé de 460 hommes et 154 femmes. Les activités d'alphabétisation ont été effectuées dans le cercle par certains partenaires et ONG (PDR, Inter VIDA). Le taux d'alphabétisation est de 26% dont 22% pour les hommes et 4% pour les femmes

5. Voies et moyens de communications :

Le réseau de communication est essentiellement dominé par les RAC de l'administration et des Centres de santé (CSCoM, CSRéf). Les communes de Kokry, Kolongo, Boky-wéré, Sana, Saloba et de Macina central disposent de téléphone.

Pour la mobilisation sociale, les radios de proximité et les canaux traditionnels sont les principales voies de recours.

Le réseau de transport est à l'image de la configuration géographique du cercle qui est à cheval sur la zone inondée et celle exondée. Le transport se fait par la route et le fleuve.

La traversée du fleuve est assurée par le Bac, pour les véhicules et des pirogues pour les personnes et les Motos. Il reste à noter que le transport en milieu rural est assuré par les charrettes, les pirogues et les pinasses.

6. Activités économiques :

La tranche de la population de 15 à 49 ans fait environ un effectif de 41% qui dégage un nombre de bras valides assez important, actif autour des activités comme l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce, et l'artisanat.

☞ L'Agriculture :

Elle est l'activité principale, dominée par les cultures céréalières : le mil, le sorgho, le fonio et le riz en zone Office du Niger. Les légumineuses : l'arachide, le voandzou et le niébé. Le maraîchage, assez développé sur les parcelles de l'Office du Niger, fournit : oignon, laitue, tomate, choux, melon, pastèque et menthe. Les produits fruitiers sont : la banane, la goyave et du citron. Les tubercules sont rares, on y voit un peu de patate et de pomme de terre.

La production céréalière s'est élevée comme suit :

TABLEAU XX: Situation de la Production Agricole en 2007 et 2008

VARIETES	ANNEE 2007		ANNEE 2008	
	Superficie exploitée en Ha	Production par Tonne	Superficie exploitée en Ha	Production par Tonne
MIL	73936	33271	76262	68636
SORGHO	2623	1180	2992	1646
RIZ FLUVIAL	2382	1627	2172	7830
FONIO	614	368	627	502
MAÏS	259	233	265	238

Source : Service d'agriculture de Macina, 2008 [22]

La production en 2007 a été jugée moyenne. Les résultats de la production de 2008 en culture céréalière ont été affectés par l'installation tardive des pluies, les inondations et l'arrêt précoce des pluies (10 Septembre). L'ensemble de ces facteurs a comme conséquence un rendement bas par rapport à la moyenne. Quand la production est suffisante pour nourrir la population, l'excédent est commercialisé pour assurer les biens de prestige.

Il faut noter que le reste des données n'est pas disponible.

☞ **L'élevage :**

Au cours de ces années, le secteur n'a pas connu d'épizootie décimant le cheptel et on peut noter la nette progression du bétail. L'élevage est intéressant pour les espèces bovines, les ovins et les caprins. Le cercle de Macina est une zone de transhumance par excellence.

Le cheptel se répartit selon la composition suivante :

TABLEAU XXI: Situation de la production Pastorale en 2007 et 2008

ESPECES	EFFECTIFS	
	2007	2008
Caprins	223022	299998
Ovins	153839	191538
Bovins	144202	164280
Equins	1229	1310
Porcins	162	371
Volailles	1794867	2754090

Source : Service d'élevage de Macina, 2008 [29]

☞ **La pêche :**

Le cercle de Macina est situé à l'entrée de la vaste région du delta central du Niger qui offre des possibilités piscicoles relativement importantes exploitées par les Bozos. La pêche est pratiquée de manière traditionnelle. De nos jours, elle n'est plus l'apanage des seuls bozo. Elle fait l'objet d'activités individuelles et aussi collectives pour les eaux mises en défend. La production en 2007 et 2008 se présente de la manière suivante :

TABLEAU XXII: Situation de la production de la pêche en 2007 et 2008

VARIETES	QUANTITE (en Tonne)	
	2007	2008
Poissons frais	174,119	1191
Poissons séchés	74,057	388
Poissons fumés	58,699	279

Source : Service de la pêche de Macina, 2008 [30]

En 2007 nous avons noté une insuffisance dans le suivi du marché de poisson. Aussi le remplissage des points d'eau n'ayant pas été effectif par la crue, le niveau de la production n'a pas été satisfaisant.

☞ **Le Commerce :**

Il est peu développé par le manque de la présence de grands opérateurs économiques. Il est surtout relatif aux denrées de premières nécessités. Celui des céréales prend de l'ampleur, avec les fortes productions de plus de 6 tonnes/ha pour la culture du riz et surtout avec les aménagements rizicoles en vue de l'Office du Niger. Il existe 13 foires hebdomadaires dans le cercle dont les plus importantes sont : Macina, Bolibana, Matomo, Sarro, Koé, Monimpé, Kouna, Tongué, Kokry.

Les micros finances se réalisent à travers la création de caisses villageoises, de caisses d'épargne et de crédits initiés par les partenaires au développement.

☞ **L'Artisanat :**

Il est axé sur la mise en valeur de sous-produits du rônier, de par les confections de tarât, de chaises, de paniers, d'éponges et de balais, etc.

Les forgerons et les bijoutiers s'attèlent à l'outillage, l'équipement agricole, aux objets d'art et à la poterie.

☞ **Industrie :**

Il n'existe presque pas d'unité industrielle car le cercle n'a pas bénéficié de plan d'industrialisation. Cependant, nous y trouvons quelques minuscules unités industrielles notamment une boulangerie moderne à peine

fonctionnelle, la rizerie de l'office du Niger à Kolongo et Kokry non fonctionnelle depuis 2000.

☞ **Tourisme :**

Le cercle recèle quelques sites touristiques

TABLEAU XXIII: Inventaire des Sites et Monuments

COMMUNE	VILLAGE	DESIGNATION	DISTANCE EN KM
SANA	- Koulétina.....	- Canari géant.....	20 Km de Saye
	- Saye.....	-Petit mur sacré	
	-Bazankoumou.....	-Fétiches	
SALOBA	-Koungodiani.....	-Makoun tomo.....	6 Km de Sarro
	-Bertha.....	-Bintin tomo -Tombeau de Alpha Sidiki Traore	4 Km
	-Tièbalé & Enzana....	-Ossements humains.....	20 Km
	-Niankléna.....	-Forêt sacrée.....	23 Km
	-Kossala.....	-Tata.....	1 Km
SOULEYE	-N'Dokôrô	-Armes de N'Dokôrô Falé	10 Km de Souleye
MACINA	Tièlan.....	-Pierre mystérieuse.....	9 km de Ke-Macina
	Kara.....	-Tata de Massasso.....	20 Km
	Founou.....	-Founou missiri.....	15 Km
	Mérou.....	-Hiro/ Siamy.....	4 Km
	Tinèman.....	-Nya.....	10 Km
	Komara.....	-Kadionian/ Kassara.....	30 Km
	Sogoli.....	-Pipe de Santa kolo.....	16 Km
	Macina.....	-Monument aux morts.....	
KOLONGO TOMO	Niarro	-Résidence de Bréhima dit NiaroKaramoko	4Km de Kolongotomo
MONIMPEBOUGOU	Monimpé Bougou	-Monument de souvenir du passage de Joffre pour Tombouctou -Makoungoba	18 Km de ke- Macina

☞ **Le secteur informel :**

Il est peu accentué à Macina. On peut noter entre autres les commerçants ambulants ou détaillants parmi lesquels les étalagistes, les vendeuses ambulantes, les tailleurs, les coiffeurs, les photographes et les cabines téléphoniques.

7. Les partenaires de développement :

7.1. Le conseil de cercle :

Il est le premier partenaire, appuyé par les populations qui participent de façon remarquable dans toutes les réalisations. Dans le domaine sanitaire il préside le conseil de gestion du centre de santé du cercle, participe à l'élaboration et à la validation des Plans Opérationnels(PO) et du Plan de Développement Sanitaire de Cercle du Centre de Santé de Cercle(PDSCCS). A cet effet il assure le suivi et le contrôle de l'exécution du PO.

7.2. Les conseils communaux :

Ils interviennent principalement dans l'amélioration de la gestion des centres de santé communautaire. Ces élus participent activement à la mise en œuvre des programmes de santé au niveau des communes. Il faut par ailleurs signaler que le conseil communal participe pleinement à l'implication de la communauté dans la réussite des activités de santé.

7.3. Office du Niger :

Il s'agit d'une entreprise nationale à vocation agro-industrielle créée depuis les années 1930. La grande retenue d'eau du Barrage de Markala située à 115 Km de Macina, permet l'irrigation d'une partie du cercle. Cette irrigation influence la propagation de certaines maladies liées à l'eau comme le paludisme, les schistosomiasés, les maladies diarrhéiques.

7.4. Les autres partenaires :

On peut noter l'existence d'autres partenaires en plus des services déconcentrés tels que: la coopération Néerlandaise, l'OMS, l'USAID, l'UNICEF qui interviennent à travers le PRODESS.

D'autres en cours d'installation qui sont la Fondation Novartis pour un Développement Durable et la fondation Inter VIDA.

8. Situation sanitaire :

8.1. Présentation du district sanitaire :

Le district est composé d'un CSRéf et de 14 aires de santé fonctionnelles. Seulement 4 des 14 aires de santé fonctionnelles sont dirigées par des médecins généralistes, le reste par des TSS et des TS. Au niveau du CSRéf on retrouve 3 médecins généralistes à tendance chirurgicale. Ce qui fait un total de 7 médecins pour l'ensemble du district sanitaire de Macina, correspondant à 1 médecin pour 31 000 habitants.

8.2. Présentation du Centre de Santé de référence de Macina :

8.2.1. Infrastructures :

Le centre de santé de référence comprend :

- Un bâtiment de consultation médecine ;
- Un bâtiment pour le Programme Elargi de Vaccination(PEV) abritant le service de Développement Social et de l'Economie Solidaire ;
- Un bâtiment pour le bloc opératoire ;
- Un bâtiment pour la maternité ;
- Un bâtiment pour le laboratoire ;
- Un bâtiment pour les hospitalisations médicales et consultations infirmières ;
- Un bâtiment pour les hospitalisations chirurgicales ;
- Un bâtiment pour le Dépôt Répartiteur du cercle (DRC) ;
- Un bâtiment pour le Dépôt de Vente (DV) et l'accueil ;
- Un bâtiment pour les magasins et le gardien ;

- 2 blocs de latrines.

Le centre est alimenté en eau par un château muni d'une pompe solaire et l'électrification est assurée par un groupe électrogène.

Au niveau du CSRéf, l'état du bâtiment est très mauvais à cause des fissures et de la vétusté de certains bâtiments.

Au niveau d'un grand nombre de bâtiment les planchers sont dégradés et les plafonds sont en très mauvais état, avec des fuites d'eaux à travers la toiture pendant la saison pluvieuse.

8.2.2. Situation du personnel au niveau du CSRéf :

TABLEAU XXIV: Répartition du personnel selon le nombre en 2007

Qualification	NOMBRE REQUIS	NOMBRE EXISTANTS
Médecins à tendance chirurgicale	4	4
Techniciens Supérieurs de Santé	2	4
Techniciens de Santé	2	3
Sages-femmes	2	2
Infirmières Obstétriciennes	2	3
Matrones	2	2
Techniciens Supérieurs de Laboratoire	1	1
Techniciens de Laboratoire	1	1
Secrétaire	1	1
Comptable-Gestionnaire	1	1
Comptable	1	1
Gérant DRC	1	1
Gérant PV	1	1
Gardien	2	1
Chauffeurs	2	3

Manœuvres	2	2
Aides soignant	4	1
Assistant Médical Odonto	1	1
TOTAL	32	33

Source : CSRéf de Macina, 2010. [32]

Nous constatons qu'il y a une insuffisance de personnel de soutien (manœuvre, gardien) ;

Organisation du service :

Le Centre de Santé de Référence de Macina est dirigé par un Médecin chef assisté par deux adjoints. Les décisions importantes sont prises au cours des staffs ou des réunions de l'équipe-cadre. Chaque médecin est responsable d'un programme de santé et d'une unité de prestation. Les unités sont dirigées par un chef d'unité (Médecine, chirurgie, maternité et laboratoire) qui rend compte au Médecin chef.

Les consultations curatives sont faites par les médecins et les infirmiers. Les références sont faites aux médecins au cas où les compétences des infirmiers sont dépassées. Au niveau de la médecine et de la maternité, la permanence est assurée par une équipe de garde. Le RAC à la maternité fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre pour la prise en charge des évacuations des 14 CSCom fonctionnels. Une ambulance assure les références/évacuations au niveau des centres de santé périphériques. Puisque le cercle est divisé en deux par le fleuve Niger, un véhicule est en permanence stationné sur l'autre berge pour assurer les références/ évacuations et les autres activités du service (supervision, monitoring/micro planification, ravitaillement vaccins et médicaments essentiels etc.).

TABLEAU XXV: Répartition des ASACO du District Sanitaire de Macina en fonction de la population et selon la date d'ouverture des CCom. [33]

ASACO	POPULATION	DATE D'OUVERTURE CCom
Folomana	8428	1998
Kara	4914	2001
Kermetogo	8785	2004
Koé	10017	1998
Kokry	15107	1995
Kolongo	26565	1995
Monimpébougou	24121	1996
N'golokouna	11579	1998
Oulan	17232	1998
Sarro	22998	1995
Saye	15840	1995
Souleye	11041	1995
Tonguè	7417	1997
TOTAL	184044	

FICHE SIGNALITIQUE



NOM : COULIBALY

PRENOM : KONIMBA

Adresse : Cell. : 76 20 14 77/66 96 16 10 Email : coulibalykonis@yahoo.fr

Titre : Evaluation de la gestion des CSCOM du District Sanitaire de Macina.

Année universitaire : 2009-2010

Pays d'origine: Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique.

RESUME :

Notre étude rétrospective et transversale prospective s'est déroulée dans le District Sanitaire de Macina. Cette étude avait pour objectif général d'évaluer la gestion des CSCOM du District Sanitaire de Macina. Il ressort de cette étude que les Associations de Santé Communautaires dans le District Sanitaire de Macina ont une insuffisance dans l'organisation et dans l'implication de l'ensemble des acteurs dans la vie associative. Ces difficultés sont liées surtout à un manque d'information de la population. Malgré ces insuffisances, ces associations ont une certaine capacité de la prise en charge du personnel, dans le fonctionnement du CSCOM, dans l'exercice plus ou moins adapté de la mise en place d'un PMA au bénéfice de la population. A cet effet, cette étude sur ce système de santé innovant démontre qu'il peut exister des alternatives dans la prise en charge de la santé des populations.

Mots-clés : Evaluation, Gestion de CSCom, Association, District Sanitaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

- Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*
- Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*
- Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

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

- Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*
- Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Je le jure.