

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI



Année 1993

92 - N° 55

LA SANTE COMMUNAUTAIRE  
AU MALI  
LE CAS DE L'ASACOBA



**T H E S E**

Présentée et Soutenue publiquement le ..... devant  
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par

Oumar MARIKO

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

( Diplôme d'Etat )

**JURY**

**PRESIDENT :**

- Prof. AG RHALY

**Membres**

- Prof. Moussa Adama MAIGA

- Dr. Tiéman DIARRA

**Directeur de Thèse :**

- Dr. Bocar M. TOURE

# DEDICACES

## D E D I C A C E

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

A Abdoul Karim CAMARA dit "Cabral", sacrifié sur l'autel de la dictature, dont les conseils utiles m'ont permis d'entreprendre des études de médecine.

Aux amis des clubs UNESCO pour leur contribution à l'éveil d'une jeunesse déboussolée par plus de vingt-trois ans de dictature bourgeoise.

Aux militants honnêtes engagés de l'A.E.E.M. pour leur contribution inestimable à l'abolition du régime défunt.

Aux martyrs des événements de Janvier et Mars 1991. Puisse leur sacrifice nous inspirer davantage pour le triomphe définitif des causes justes, au Mali, en Afrique et dans le monde.

A l'A.D.V.R. (Association pour la Défense des Victimes de la Répression)

A ma Mère, Mah DOUMBIA, pour sa patience, son abnégation, sa présence. Elle qui a toujours su faire preuve d'une grande attention et d'une maternelle compréhension, face à tous mes comportements.

A mon Père, Karamoko MARIKO, à qui j'ai promis d'être médecin. Je lui dis "DON KA DIAN, ASEBALITE" ...

A ma petite soeur, Feue Fanta MARIKO, morte prématurément à quinze ans.

A Feu Roland PERROT dit Rémy, affectueusement surnommé "Grand-Père" qui fût et restera pour moi un symbole de résistance au capitalisme avilissant, qui a su toujours militer pour "un peuple de gauche". Puisse son expérience m'inspirer davantage.

A Feu Lassana SIBY qui fut l'un des pionniers de l'ASACOBA "dors en paix"

A toutes les communautés qui se battent pour leur survie et consentent d'énormes sacrifices pour la santé et l'éducation.

Enfin au personnel du Centre de Santé Communautaire de Bankoni qui, pour avoir inauguré le premier centre de santé de ce type et s'être distingué par son dévouement à la cause des malades, a fait montre d'un esprit de groupe et d'une conscience professionnelle remarquable qui en font le pionnier de la santé communautaire au Mali.

Je garderai de mon séjour dans votre centre un souvenir inoubliable.

## PENSEE

"Des maladies disparaissent, d'autres surgissent, mais la couverture sanitaire des populations des pays pauvres reste incomplète, précaire ou élémentaire ; l'accès aux soins pour tous n'est toujours pas pour demain ; la maîtrise de la santé apparaît de plus en plus liée à celle du développement économique et social, comme cela fût le cas historiquement dans les pays développés. La conjoncture économique ne favorise pas le développement des plus dépendants.

L'aide est remise en question, les dons sont moins nombreux que les prêts; la dette des pays du tiers monde, accablante dans l'immédiat l'est davantage pour l'avenir.

En dépit d'efforts non négligeables, l'état sanitaire du monde continue à s'aggraver. L'objectif "la santé pour tous en l'an 2000" que propose l'OMS et la stratégie reposant sur les "soins de santé primaires" permettront-ils de sortir de l'impasse actuelle ou ne sont-ils qu'illusions ?"

Marc GENTILINI  
18 juin 1982  
18 juin 1986

# REMERCIEMENTS

## R E M E R C I E M E N T S

J'adresse mes chaleureux remerciements à :

- M. Sékoriba DIARRA de la Direction de la Statistique pour m'avoir aidé à faire l'échantillonnage,
- au Professeur BRUNET-JAILLY, pour son soutien matériel et financier qui ont permis la réalisation de cette enquête.
- au Professeur Ogobara DOUMBO
- à Madame Rachel N'DIAYE
- et à Mademoiselle Aïssé SIDIBE dite Badialo qui ont assuré la frappe et la mise en page de ce mémoire.

Je leur adresse à tous ma profonde gratitude.

Je voudrais remercier :

- le Professeur Ali Nouhoum DIALLO
- le Professeur PICHARD
- les Docteurs Hamar Alassane TRAORE et Mamadou DEMBELE et plus particulièrement le Dr Aboubacrine MAÏGA qui fut mon guide en matière de médecine interne.

A tous mes nombreux amis et camarades de lutte qui m'ont toujours assisté lors de ma formation et dans ma vie de tous les jours.

**AUX MEMBRES DU JURY**

# **AUX MEMBRES DU JURY**

## **Au Président du Jury le Professeur AG RHALY**

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse, en répondant spontanément à notre appel, malgré vos nombreuses occupations. Votre engagement au service de la santé communautaire est connu. Bien que vous ayez accédé à de nouvelles fonctions, vous continuez inlassablement à vous occuper des malades. Votre simplicité et votre ardeur au travail forcent notre admiration.

## **Au Professeur Moussa Adama MAÏGA**

En acceptant de juger cette thèse, vous nous faites un grand honneur. Vos préoccupations ne vous ont pas empêché de faire partie du jury. Votre souci du travail bien fait et votre rigueur scientifique sont connus de tous ceux qui vous approchent. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

## **Au Docteur Tiéman DIARRA**

Vous êtes le chercheur exemplaire, à la fois discret, simple et engagé. Vous possédez en vous des connaissances immenses que vous mettez au service du peuple. Il faut s'approcher de vous pour le découvrir. Soyez assuré de mon admiration et de ma profonde gratitude.

## **Au Docteur Bocar M. TOURE**

Vous avez accepté de diriger cette thèse et l'avez fait avec calme et sérénité, mais aussi beaucoup de fermeté.

A qui vous approche, vous inspirez le respect par votre humanisme profond. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.



## **Au Docteur Akory AG IKNANE**

Aîné en médecine, vous nous avez montré l'exemple. Un exemple de courage, d'attention prononcée pour les malades. Votre souci du travail bien fait et votre rigueur dans le domaine de la médecine ont sans doute permis de démontrer que la santé communautaire, à travers ASACOBA, peut être une réussite. En effet, si l'ASACOBA a pu exister, grâce aux bonnes volontés et à la communauté de Bankoni, que serait-elle devenue si vous n'aviez pas accepté de "descendre au charbon"?... Vous êtes désormais le "prototype" de ce nouveau modèle. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon indéfectible amitié.

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 1991-1993**

**LISTE DES PROFESSEURS**

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S. CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Professeur Bernard CHANFREAU	Conseiller Technique
Professeur Bakara M. CISSE	Secrétaire Général

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1 PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef DER de Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BAH	Optamologie
Professeur Bocar SALL	Ortho. Traumat. Secourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Orto-Traumato
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Professeur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale

**2 ASSISTANCE CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Madame SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-stomatologie
Docteur Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtamologie
Docteur Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme DIANE Fanta DIABATE	Gynéco-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesth. Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesth. Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie générale
Docteur Sekou SIDIBE dit DIOP	Chirurgie Générale

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1 PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Brehima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Ogobara DOUMBO	Parasitologie

**2 DOCTEURS D'ETAT**

Professeur Yeya Tiemoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Chef DER Sciences Fond.
Professeur Yénimégué A. DEMBELE	Chimie Organique

### 3 DOCTEURS 3EME CYCLE

Professeur Moussa HARAMA	Chimie Organique
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou CISSE	Biologie
Professeur Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Professeur Abdoulaye DABO	Malacologie, Biolo. Anima.
Professeur N'Yenigue S. KOITA	Chimie organique

### 4 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou TOURE	Histo-Embryologie

### 5 MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdaramane TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

## D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur Adoulaye A RHALY	Chef DER Médecine
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisologie
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Professeur Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamene MAIGA	Néphrologie
Professeur Aly Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### 2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastro-Enterologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato. Médec. Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur BAH KEITA	Pneumo-phtisologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

## D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1 PROFESSEUR AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
Professeur Arouna KEITA	Matière Médicale

### 2 MAITRE ASSISTANTS

Docteur Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef DER SCESPHARM.
Docteur Drissa DIALLO	Matières Médicales

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
Professeur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Professeur Hubert BALIQUE	Maître de conf. santé Pub.

### 2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Jean Michel MOURILLE	Santé Publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé Publique
Docteur Sory I. KABA	Santé Publique
Docteur Sanoussi KONATE	Santé Publique

### CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène dy Milieu

### ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Docteur Saharé FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoit KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Docteur Sadio YENA	Chirurgie Générale
Docteur Ibrahima ALWATTA	Ortho-traumatologie
Docteur Adama D. KEITA	Radiologie
Docteur Tatiana KEITA	Pédiatrie
Docteur Massambou SACKO	Santé Publique

### C.E.S

Docteur Georges Yaya (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia Mohamed (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJIKAM JONAS (Cameroun)	Ophtalmologie
Docteur Dezoumbe DJORO (Tchad)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacarine A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed AG BENDECH	Santé Publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie
Docteur Tongo DOUMBIA	Chirurgie Générale
Docteur Salimata KONATE	Ophtalmologie
Docteur Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Docteur Ousmane C. FAYE	Dermatologie
Docteur Madame N'DIAYE AWA THIAM	Dermatologie
Docteur Mahamadou MAIGA	Santé Publique
Docteur Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Docteur Akory AG IKNANE	Santé Publique
Docteur Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Docteur Mahamadou MAIGA	Santé Publique
Docteur Adama DIAWARA	Santé Publique
Docteur Mahamadou THERA	Santé Publique
Docteur Doungo E. TRAORE (Burkina FASO)	Santé Publique
Docteur Nkok LUC LOIS (Caméroun)	Ophtalmologie

### PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur HAVLCK	Biophysique
Professeur F. ROUX	Biophysique
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BDIANE	Pharmacie chimique
Professeur Issa LO	Législation

## PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BAH	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yeya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Ba Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almadjy DICKO	H.G.T.
Docteur Mohamed TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. centrale
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur TRAORE J. Thomas	I. Marchoux
Docteur P. BOBIN	I. Marchoux
Docteur A. DELAYE	H.G.T.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B. SACKO	DISPENSARE.T.

## ABREVIATION

ASACOBA	Association Santé Caumunautaire Bankoni
CREN	Centre de Recuperation Nutritionnelle.
CSCOM	Centre de Santé Caumunautaire
Coop française	Coopération française
DAP:	Dotation aux Amortissements et Provisions
DEF:	Diplôme d'Etude Fondamentale
D:	Dianguinebougou
ENMP	Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie
ESS	Ecole Secondaire de la Santé
F:	Flabougou
H.G.T.	Hopital Gabriel TOURE
HTA	Hypertension arterielle
IB:	Initiative de Bamako
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA	Institut d'Ophtalmologie Tropicale en Afrique
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
L:	Layebougou
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OLP :	Organisation de Libération de la Palestine. Appelation courante du centre de santé du "croissant rouge palestinien"
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
P.M.I.	Protection Maternelle et infantille

S:	Salembougou
SSP	Soins de Santé Primaires
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TDCT	Tétanos, Diphtérie Coqueluche Typhoïde
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'enfance
Z:	Zeguenekorobougou



## S O M M A I R E

INTRODUCTION.....	1
Importance du sujet : problématique.....	1
Objectifs de l'étude.....	1
CHAPITRE I Matériel et méthode.....	2
1.1 Dans le centre de santé.....	2
1.2 Dans le quartier.....	2
1.3 Echantillonnage.....	3
1.4 Enquête.....	3
1.5 Enquête auprès des responsables de l'ASACOBABA.....	4
1.6 Enquête auprès du personnel.....	5
1.7 Codification et saisie.....	6
CHAPITRE II CADRE DE L'ETUDE .....	7
2.1 Lecontexte.....	7
2.2 Lieux de l'étude.....	16
2.3 Historique.....	22
2.3.1 Association.....	22
2.3.2 Le centre.....	25
2.4 Description du centre de santé.....	29
CHAPITRE III RESULTATS DES ENQUETES	
3.1 Description de la population enquêtée.....	39
3.2 Connaissance de l'ASACOBABA par les chefs de menages.....	57
3.3 Connaissance et opinion de la population adulte sur le centre de santé.....	74
3.4 Connaissance et opinions des mères sur les prestations maternelles et infantiles du centre de ASACOBABA.....	81
3.5 Contribution du centre de l'ASACOBABA à la vaccination de la mère et de l'enfant.....	87
3.6 Les responsables de l'ASACOBABA et le personnel.....	93
3.6.1 Les responsables de l'association.....	93
3.6.2 Le personnel du centre de santé.....	97
CHAPITRE IV LE CENTRE DE SANTE DE L'ASACOBABA: PRESTATIONS ET BILAN	
4.1 Les prescriptions.....	102
4.2 Les consultations médicales.....	104
4.3 Soins infirmiers.....	111
4.4 Les consultations prenatales.....	113
4.5 Les accouchements.....	118
4.6 Le planning familial.....	122
4.7 La vaccination.....	127
4.8 Les finances.....	129
4.8.1 Compte de resultat.....	129
4.8.2 Comptabilité analytique.....	135

CHAPITRE V DISCUSSION DES RESULTATS.....	149
5.1 Les points forts.....	149
5.2 Les points faibles.....	150
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION.....	152
RESUME.....	157
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

# CHAPITRE I

MATERIEL ET METHODE

## INTRODUCTION

La santé communautaire est-elle la réponse à la santé pour tous et par tous ? Au Mali les soins de santé communautaire selon la vision actuelle du concept et selon la réalité politique commencent à gagner du terrain. Une première expérience a vu le jour à Bankoni, initiée par des spécialistes de la santé, de la sociologie et des populations de ce quartier de plus de 50.000 habitants. Cette expérience nécessite une analyse approfondie car elle s'offre comme une prise en charge des problèmes de santé par la population. Dans le contexte politique marqué par la dominance du capital financier à l'instigation du FMI et de la BANQUE et la démission progressive et/ou totale de l'Etat dans la prise en charge de la santé des populations, peut-on affirmer qu'une telle expérience offre des garanties de survie, de pérennité et de reproductibilité ? Les centres de santé communautaire ne constituent-ils pas une contrainte du programme d'ajustement structurel ? S'il est indéniable que le Centre de Santé Communautaire de Bankoni a été et constitue une source d'espoir d'atténuation des effets néfastes du PAS sur une population aux revenus modestes, il est cependant nécessaire de savoir comment une telle expérience évolue dans le contexte actuel, ses forces et ses faiblesses. La communauté de Bankoni est-elle suffisamment forte économiquement pour faire face au fonctionnement du centre de santé, aux différents investissements pour assurer sa pérennité et améliorer les qualités des prestations. Quelle est réellement la part de l'Etat dans la réalisation et le maintien de l'ASACOBA ? Les communautés de Bankoni ont-elles réellement compris que le Centre de Santé de Bankoni leur appartient ? L'association joue-t-elle son rôle de sensibilisation, d'éducation, de soutien financier et matériel au centre ? Quel rôle jouent les décideurs étrangers dans la politique de santé communautaire en général, de l'ASACOBA et de son centre de santé en particulier ? La présente étude consacrée à l'expérience du Centre de santé de Bankoni et de l'ASACOBA elle-même permettra d'examiner les perspectives des centres de santé communautaires dans le contexte actuel.

### **OBJECTIFS DE L'ETUDE:**

#### **Cette étude se propose de:**

- Evaluer la connaissance et l'opinion que la population de Bankoni a de l'ASACOBA et du centre de Santé de Bankoni,
- Identifier les activités du centre et de l'ASACOBA,

- Apprécier le taux d'adhésion à l'ASACOBA et la fréquentation du Centre de santé,
- Connaître les difficultés rencontrées par le personnel du Centre de Santé dans ses activités,
- Connaître les facteurs déterminants des résultats actuels du Centre de Santé,
- Faire des propositions en matière de la politique de Santé Communautaire au Mali à partir du cas étudié.

## MATERIEL ET METHODE

Pour effectuer ce travail, nous avons mené une étude à deux niveaux :

- dans le centre de santé,
- dans le quartier de Bankoni

### 1.1 Dans le Centre de Santé

Dans le Centre de Santé, nous avons utilisé l'observation participante, l'analyse documentaire et des enquêtes auprès du personnel du centre.

L'observation participante que nous avons faite au cours du stage que nous avons effectué, dans le Centre de Santé, nous a permis de mieux cerner les structures et le matériel disponible, d'identifier et de dénombrer les différentes activités du Centre, d'en déceler les mécanismes de fonctionnement.

L'analyse documentaire des registres des consultations, des accouchements, de la comptabilité a permis d'évaluer l'évolution de la fréquentation, des prestations du Centre ainsi que les recettes.

Nous avons procédé également à une enquête par questionnaire auprès du personnel et à une série d'entretiens notamment avec le médecin-chef, la sage-femme et les responsables du Centre de l'Enfant.

L'enquête par questionnaire auprès du personnel a porté sur son opinion sur l'Association, le Centre de Santé, ses conditions de travail et les perspectives du Centre.

### 1.2 Dans le Quartier

Nous avons mené une enquête dans le quartier de Bankoni. Cette enquête a eu lieu dans les six secteurs de Bankoni et a concerné 1.758 personnes retrouvées dans les 150 concessions tirées.

Les questions ont porté sur :

- les caractéristiques des ménages
- la connaissance de l'ASACOBBA ; questions adressées aux chefs de ménage

- la connaissance et l'opinion sur le Centre de Santé, questions adressées aux membres du ménage dont l'âge est supérieur à 14 ans
- l'opinion des mères sur les prestations maternelles et infantiles
- la contribution du Centre de Santé à la vaccination des enfants de moins de 8 ans, adressée aux mères
- les différentes étapes de recours, en cas de maladie.

Ce dernier aspect ne fera pas partie de la présente étude.

Les questionnaires utilisés sont en annexe.

### **1.3 ECHANTILLONNAGE**

Nous avons choisi la méthode de sondage par grappe. L'enquête a porté sur 30 grappes de concessions réparties selon les six secteurs. Nous avons disposé au préalable de la liste exhaustive des concessions du quartier comme base de sondage.

Le mode de tirage a été aléatoire à partir d'un taux de sondage de 6 %. Le taux a tenu compte des pertes (concessions vides ou détruites). Les grappes ont été tirées à l'intérieur des secteurs à partir d'un pas de sondage variant par secteur.

Ainsi, un chiffre au hasard a été tiré pour déterminer la première concession à sonder. Le pas de sondage a été utilisé pour déterminer les autres concessions de l'échantillon, à partir de la liste exhaustive des concessions

### **1.4 L'ENQUETE**

Elle a duré un mois (du 15 juillet au 14 août). Nous avons procédé au recrutement de sept enquêteurs, tous diplômés des écoles supérieures du Mali et ayant une connaissance du terrain pour y avoir mené plusieurs autres enquêtes. Ces enquêteurs ont été formés.

#### **La formation:**

Elle a comporté une phase théorique et une phase pratique.

La phase théorique a duré 5 jours et a consisté en :

- l'information sur l'étude en question, ses objectifs
- la traduction des questionnaires,
- la méthode d'approche des populations de l'échantillon.

La phase pratique comportait l'identification des concessions au test du questionnaire dans les concessions hors échantillon. L'objectif de cette enquête pilote était d'apprécier la qualité du questionnaire, à collecter les informations, d'évaluer le temps de travail pour l'enquête.

A l'issue de cette phase, les concessions non habitées ou détruites ont été remplacées par d'autres, selon la même technique de tirage. La formation a duré **dix jours**.

#### L'enquête dans les concessions :

Elle a été menée en fonction de la disponibilité des enquêtés (la population a des activités variées, certaines personnes ne rentrant à la maison que le soir). Ainsi, les enquêtes ont été menées la plupart du temps dans l'après-midi.

Nous avons, dans le cadre de la supervision, rencontré régulièrement les enquêteurs sur le terrain, afin d'apporter des corrections ou leur demander des compléments d'information à chercher auprès des ménages.

#### **1.5 ENQUETE AUPRES DES RESPONSABLES DE L'ASACOPA**

Nous avons effectué une enquête par interview auprès de certains responsables du conseil d'administration et du comité de gestion de l'association selon un choix raisonné.

Nous nous sommes adressés à six responsables en nous rendant à leur domicile en procédant à un interrogatoire non directif. Nous avons ainsi procédé tour à tour à l'interrogatoire de :

- Vice-Président du Comité de gestion,
- Trésorier général et de son adjoint du Comité de gestion,
- du Président du conseil d'administration,
- Secrétaire administratif du comité de gestion et du conseil d'administration,
- Commissaire aux conflits du conseil d'administration.

Nous nous sommes rendus compte de l'existence de deux structures; le comité de gestion et le conseil d'administration. Ce dernier, bien qu'existant dans les textes, n'a été effectif qu'en début 1993.



L'enquête a porté sur les modalités de création de l'ASACOBA, les différentes étapes, les activités concrètes menées par les responsables, leurs motivations, les difficultés rencontrées, ainsi que les perspectives pour la vie de l'association.

L'échantillon choisi comporte quatre anciens responsables de l'association et deux nouveaux.

De l'avis de tous les responsables, la création de l'ASACOBA a été dictée par le besoin de structure sanitaire. Trois raisons fondamentales ont été dégagées lors des entretiens :

- le caractère peuplé du quartier
- l'éloignement du quartier des centres de santé de la ville
- les difficultés d'accès aux moyens de transport pour l'évacuation des femmes en travail ou des urgences sanitaires.

#### **1.6 ENQUETE AUPRES DU PERSONNEL**

Nous avons effectué une enquête auprès de l'ensemble du personnel du centre de santé ASACOBA. Pour cela, nous avons déposé un questionnaire auprès de chaque agent du centre. Nous avons eu un entretien avec les différents agents regroupés, selon le cas, afin d'expliquer les objectifs de l'étude et la teneur du questionnaire.

L'enquête du personnel a concerné huit techniciens de santé, quatre docteurs en médecine, deux aides-soignants et huit autres agents qui assurent les fonctions de manoeuvres, gardiens, gérants, accoucheuses et comptable.

Ce personnel est réparti entre les différentes unités du centre, le dispensaire, la maternité, le laboratoire, la pharmacie, la salle de soins, le centre de l'enfant et l'administration.

Ces différentes unités n'ont pas été créées en même temps. Le centre a commencé par le dispensaire et la pharmacie en mars 1989 ; la maternité a ouvert ses portes en février 1990 et le Centre de l'Enfant en mi-juillet 1991. C'est dire que le personnel enquêté a une expérience du centre de durée inégale. Ce qui peut avoir une incidence sur leur niveau d'information sur le centre.

Mais l'objectif de cette enquête auprès du personnel vise à connaître la manière dont les uns et les autres travaillent, comment ils vivent leur travail, quelles solutions ils envisagent face aux problèmes éventuels rencontrés.

### 1.7 CODIFICATION ET SAISIE

Nous avons élaboré un manuel et assuré la supervision de la codification faite par les enquêteurs

Elle a été réalisée grâce au logiciel Epi-info qui comporte une batterie de tests statistiques usuels, sous la supervision d'un informaticien.

## CHAPITRE II

CADRE DE L'ETUDE

## 2. LE CADRE DE L'ETUDE

### 2.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Le Mali a une superficie de 1.241.138 km<sup>2</sup>. Sa population est estimée à 8.303.082 habitants dont 51,1% sont des femmes. Cette population est essentiellement jeune (24).

La densité de la population est généralement faible, environ 7 hts km<sup>2</sup>. Elle est très irrégulièrement répartie.

Le Mali est un pays très enclavé, son réseau de communication interne est très peu développé voire insignifiant. 77 % des personnes de 15 ans et plus sont analphabètes (24). Le taux de scolarisation des garçons est de 23%, celui des filles et de 14%. Ce qui explique le faible taux d'alphabétisation des adultes en général et des femmes en particulier (12).

Le pays est à vocation essentiellement agricole. L'agriculture mobilise 78% de la population. Malgré l'étendue du pays et l'intensité de l'activité, agricole seulement 1,5% des terres sont exploitées. Les céréales constituent la base de l'alimentation et occupent 80 % des terres exploitées. Le régime alimentaire est très hypocalorique entraînant une malnutrition constante responsable de beaucoup de pathologies et/ou aggravant d'autres.

L'autosuffisance est loin d'être atteinte et connaît des variations importantes selon les années. Elle reste tributaire des facteurs climatiques soumis à une pluviométrie capricieuse et surtout d'une politique inadéquate. Seulement 3 % du budget national est affecté à l'agriculture (20).

S'il est vrai que le Mali possède des ressources assez modestes, il est évident que le pays appartient à un système politique, social culturel qui contribue effroyablement à sa pauperisation, faisant de lui un des pays les plus pauvres du monde. Le PNB/ht était de 334,5 dollars US (14). Cette situation crée un grand déséquilibre économique et social qui se manifeste dans les secteurs les plus sensibles: l'éducation et la santé.

Généralité sur la santé: L'état de bonne santé a été et demeure une préoccupation quotidienne des populations maliennes portant ainsi un défi aux autorités politiques, administratives et aux sociétés civiles. Les politiques sanitaires ont été et continuent à être soumises à de rudes épreuves.

Aux lendemains des independances, le Mali a opté de façon resoluée pour la santé publique. Elle a été orientée vers la mise en place des services de santé de base par la construction sur une large échelle des infrastructures sanitaires; la formation de personnel qualifié par la création des écoles de formation sanitaire; le recyclage des institutions traditionnelles; l'assurance de la gratuité des soins aux patients (consultations et traitement).

La pyramide sanitaire du Mali a été calquée sur celle de l'administration. Cette pyramide va de la peripherie au centre et comporte actuellement : 10.000 villages; 282 arrondissements; 52 cercles; 18 communes dont 6 sont à Bamako; 8 régions; 1 district qui est celui de Bamako (24).

Le système de santé est ainsi constitué: 381 centres de santé de base; 236 centres de santé d'arrondissement; 52 centres de santé de cercle ou de commune; 13 hôpitaux (12).

Ces formations offrent à la population un total de 3.469 lits soit 1 lit pour 2.390 habitants. A ces structures correspondent un personnel de qualifications différentes. En 1991, le Mali disposait de 359 médecins contre 35 en 1960; 338 sages femmes diplômées d'état; 680 infirmiers diplômés d'état; 919 infirmiers de santé soit un ratio d'un médecin pour 23.000 hts; 1 sage femme pour 24.500 hts; 1 infirmier pour 5.200 hts (12).

Ces chiffres ne tiennent pas compte du personnel qui travaille en dehors de la fonction publique. Parmi ce personnel il y a une forte concentration dans la capitale, c'est ainsi qu'il y a 50 % des médecins, 60 % des sages femmes et 40 % des infirmiers qui résident à Bamako (12).

Le Mali assure la formation de ses agents à travers les différentes écoles nationales (Ecoles des Infirmiers du Premier Cycle; Ecole Secondaire de la Santé; Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie). De sérieux problèmes demeurent posés quant à l'amélioration de l'état de santé du malien.

L'accessibilité au service de santé demeure un véritable problème. Elle a été évaluée à 15 % de la population. La distance théorique à parcourir pour se rendre dans une formation sanitaire varie de 15 à 71 kms (24).

Des difficultés financières liées à l'accessibilité au service de santé font que la population malienne a un état de santé très précaire. Les données statistiques de l'UNICEF pour l'année 1991 sont très révélatrices. L'espérance de vie est estimée à 45 ans, le taux brut de mortalité est de 20 pour 1.000 ; le taux de mortalité infanto-juvénile est de 225 pour 1.000 ; le taux de mortalité infantile est de 108 pour 1.000 (37).

A l'analyse de la situation des problèmes de santé au Mali on peut identifier une forte mortalité infanto-juvénile ; une forte mortalité maternelle estimée à 500 pour 100.000 ; la fréquence des maladies invalidantes ; la présence des maladies endemo-épidémiques et celle des maladies qui exigent une forte demande de soins (12).

La mortalité infanto-juvénile est dominée par 5 affections prioritaires : Le paludisme ; la rougeole ; les diarrhées ; la malnutrition ; les infections respiratoires aiguës.

La mortalité maternelle estimée à plus de 500 pour 100.000 fait apparaître les affections suivantes: Les accouchements dystociques ; les hémorragies du post partum ; les infections puerpérales ; le tétanos ; les néphropathies gravidiques (12).

Les affections invalidantes: La poliomyélite ; le ver de Guinée ; l'onchocercose ; le trachome ; les cardiopathies rhumatismales (12).

Les maladies à l'origine d'une forte demande de soins: Les caries dentaires ; le diabète ; l'HTA ; la santé mentale ; les hernies et hydrocèles ; la stérilité.

Les affections endemo-épidémiques :

La tuberculose ; la lèpre ; les schistosomes ; les M.S.T. et les siphilis ; les maladies de carences (TDCT ; Vita)

Epidémiques : Sida ; choléra ; fièvre jaune ; méningite.

Les politiques de santé adoptées au Mali : SSP, Initiative de Bamako, la libéralisation de l'exercice privée de la médecine n'ont pas encore résolu les problèmes de santé des populations.

Actuellement, un malien sur quatre a dans l'année un contact avec les services de santé. Les dépenses de santé représentent 2700 FCFA par personne/an, le plus gros poste (environ 80 %) est représenté par les médicaments (19).

Les problèmes de santé sont donc tributaires d'abord du financement limité des dépenses publiques, de santé (5,8 % du budget en 1987 pour l'éducation et la santé) et ensuite de l'insuffisance et l'inefficacité des infrastructures de santé (19).

Pour les populations on notera : les difficultés d'accès aux soins; une qualité de soin médiocre ; un coût élevé des prestations; des difficultés d'accès aux médicaments.

Le Mali a pris des options successives selon son orientation socio-politique pour faire face à ses problèmes de santé.

#### Les grandes options de la politique sanitaire au Mali:

La médecine conventionnelle au Mali ou médecine moderne est héritière de la médecine coloniale. Cette médecine consistait à prodiguer des soins à une élite dans des structures sanitaires construites à cet effet. Des équipes mobiles étaient cependant mises sur place afin de détecter les pathologies et de les traiter. C'était une médecine qui dans sa pratique ne se départissait pas de son esprit colonial basé sur la force et la discrimination pour des soins de qualité.

A l'indépendance, il n'y avait que 35 médecins au Mali communément appelé "médecin africains". Le Mali optera alors pour une médecine de santé publique chargée d'atteindre l'ensemble de la population (12).

Ainsi l'on s'attelera à lier santé et développement. Le jeune état malien se chargera de mettre sur place des infrastructures sanitaires dans les régions cercles arrondissements et les villages. Les populations ne sont pas restées à l'écart, leur enthousiasme pour l'indépendance, leur élan nationaliste ont contribué financièrement, matériellement et physiquement à construire des centres de santé et des maternités. Une politique de formation et de recyclage des matrones, des hygienistes secouristes et aide-soignants a été initiée. L'état pourvoyeur d'emploi assurait l'embauche des personnels des centres de santé et des maternités.

Une politique de formation plus performante a été mise en route par la création de l'école des infirmiers du 1er cycle, de l'Ecole Secondaire de Santé et de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie. La gratuité des soins (consultation et traitement), était assurée.

L'état assurait la distribution de médicaments à travers les centres de santé et plus tard par les structures coopératives (FGR en 3<sup>e</sup> région par exemple).

L'état malien a donc réussi aux lendemains des indépendances à créer des infrastructures sanitaires de manière progressive suivant la pyramide administrative; former le personnel sanitaire grâce à la création d'écoles de formations sanitaires; assurer la gratuité des médicaments à travers les centres de santé et plus tard les coopératives, mettre sur place des équipes mobiles pour les campagnes de vaccination et la détection des pathologies diverses; assurer leur traitement.

Ces politiques nationalistes de prise en compte des besoins fondamentaux de santé des populations et d'engager l'état dans leur résolution se sont estompées progressivement.

"Les soins de santé primaire constituent l'expression d'une prise de conscience" de l'OMS sur les inégalités dans les domaines de la santé (26). Ces inégalités existent entre les nations riches et pauvres et au sein d'une même nation; le 6<sup>e</sup> rapport de l'OMS l'atteste en reconnaissant que "le risque de tomber malade ou de mourir prématurément varie considérablement d'un pays à l'autre et, presque partout, la morbidité et la mortalité sont fortement conditionnées par le lieu de résidence des gens (ville ou campagne), leur situation économique, leur niveau d'instruction et même leur sexe (26)!"

L'inégalité continue à être la règle avec une situation sanitaire précaire. On appréhende cette inégalité à travers les indicateurs statistiques, dans la vie quotidienne des masses rurale et urbaine.

Les soins de santé interpellent surtout les états et la communauté internationale ensuite les populations locales, pour permettre l'extension des structures sanitaires aux communautés locales; une distribution large des médicaments accessibles aux plus démunis.

Les soins de santé primaires sont en réalité une revalorisation, ou une mondialisation des politiques de santé de certains pays africains dont le Mali aux lendemains des indépendances.



Toutefois le Mali adoptera une politique sanitaire consignée dans la "Déclaration de politique sectorielle de santé et de population" (27). Cette déclaration fait de la santé une "composante indissociable du développement socio-économique, elle représente donc un secteur d'investissement et devrait de ce fait obéir à la loi de l'utilisation des ressources".

Dans ses objectifs la politique sanitaire du Mali se propose entre autre de réduire la mortalité maternelle et infantile; réduire la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies ; développer les services de planification familiale; promouvoir des attitudes et comportements favorables à la santé et au bien être de la famille ; assurer les services de santé géographiquement et économiquement accessible y compris la disponibilité du médicament essentiel et intégrer la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique du pays.

Dans sa stratégie cette déclaration se fonde sur les SSP et met l'accent sur la participation financière et/ou physique pour 50 % du coût de rehabilitation ou de construction des centres de santé communautaires (CSCOM), l'Etat devant financer le complément.

Cependant cette déclaration de politique sectorielle se déroule dans un contexte politique de libéralisation du marché économique contrairement aux lendemains des indépendances où la santé était sous le monopole de l'Etat. Le contexte actuel est donc marqué par une libéralisation de l'exercice de la médecine, de la destruction du monopole de la pharmacie populaire.

L'adoption du Programme d'Ajustement Structurel (P.A.S.) achevera cette politique de libéralisation avec comme conséquence le retrait progressif de l'Etat des structures sanitaires avec comme corollaire la diminution du budget, la diminution du personnel par les compressions (29).

La santé devient de plus en plus une affaire strictement des communautés où l'auto-responsabilité est mise avant.

l'application du P.A.S a donc entraîné: la diminution du budget de l'Etat l'arrêt des contributions par l'Etat des structures sanitaires et leur entretien surtout dans les zones urbaines , péri-urbaines et périphériques ; la non utilisation des jeunes médecins et infirmiers sortis des écoles sanitaires ; le deversement sur le marché du personnel sanitaire "compressé" dont le nombre croît.

Devant cette situation, l'état sanitaire des populations se dégrade effroyablement car la médecine est devenue plus sélective lorsqu'elle a été privatisée.

Dans ces conditions, les centres de santé communautaires se présentent comme une structure intermédiaire entre la santé publique de plus en plus inefficace et difficilement accessible et la médecine privée coûteuse difficilement supportable par la bourse du malien moyen.

#### Les Centres de Santé Communautaires

Les Centres de santé Communautaires sont de plus en plus perçus comme la réponse aux problèmes de santé des populations des zones péri-urbaines et périphériques démunies. Les centres de santé communautaires sont définies comme "des formations socio-sanitaires à but non lucratif créées sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. Ils fonctionnent selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population".

Le début des années 1980 marque la fin de la croissance du budget de l'Etat affecté à la santé car jusque là la santé de solidarité relative à la santé était effectuée par l'Etat. Le problème du financement de la santé par la communauté s'est alors accru.

Face au désengagement de l'Etat, à la faible participation des partenaires, la notion de paiement à l'acte est apparue "recouvrement des coûts" ou "tarification" en 1980 (13).

Différentes politiques de santé en rapport avec l'orientation politique, économique et socio-culturelle du Mali ont été mises en oeuvre. C'est ainsi que les politiques de soins de santé primaires (1978), l'initiative de Bamako (1987), la libéralisation de l'exercice de la médecine (1986) ont vu le jour. Nous nous étendrons sur les soins de santé primaires qui constituent à présent la pierre angulaire de la politique de santé et prémisses de la santé communautaire

### Les SSP premisses des Centres de Santé Communautaires

Les soins de santé primaires ont vu le jour suite à des colloques et rencontres successives. En 1976 un colloque National s'est tenu à Bamako sur les soins primaires à la peripherie et recommandera qu'un comité de technicien assiste le chef d'arrondissement et qu'on élève l'arrondissement en une unité de développement économique.

En 1977 à Niamey (Niger) une rencontre africaine de l'OMS fait le constat qu'au Mali sont créés des comités de développement et les conseils au niveau de cercles, et arrondissement. Cette rencontre a eu lieu autour des soins de santé dispensés à la peripherie.

En 1978, une conférence internationale de l'OMS et de l'UNICEF se tient à Alma ATA ex URSS le 12 septembre sur les soins de santé primaires. Les soins de santé primaires sont des soins essentiels "Ils sont fondés sur des méthodes et des techniques pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables. Ils sont universellement accessibles aux individus et aux familles de la collectivité. Ceux-ci participent aux SSP. Ils payent les coûts accessibles en rapport avec leur état de développement économique individus et familles déterminent les actions de santé eux-mêmes et ils en sont pleinement responsables".

Les centres de santé communautaires apparaissent comme une base concrète d'application de la politique des SSP d'une part et de l'I.B d'autre part et la réponse à la politique de libéralisation de la médecine aggravée par les mesures du programme d'ajustement structurel (31). Ils impliquent encore une fois la participation de la population.

En réalité la santé se vit au quotidien de façon individuelle et l'approche communautaire est dans le contexte politique actuel la prise en charge par les communautés du coût de leur santé. En fait les populations ont toujours participé beaucoup plus au recouvrement de leur santé que l'état. En effet selon des études de l'OMS-Geneve effectuée par l'INRSP, l'ensemble de dépenses de santé effectuées au Mali en 1986 a été estimée à 22,7 milliards de FCFA, dont 2,5 milliards de dépenses d'investissement et 20,9 milliards des charges reccurentes (12).

Les sources publiques ont financé moins de 25 % des dépenses de santé tandis que les budgets familiaux ont supporté 66% de l'ensemble des dépenses de santé du pays. L'étude a estimé à 12 milliards des achats de médicaments de 2 milliards les dépenses de médecine traditionnelle et 0,5 milliard des honoraires privés clandestins (12).

Les dépenses de santé dans le budget de l'état n'a pas cessé de diminuer. Elle est passée de 9% au début des années 1970 à 4% aujourd'hui (12).

Il se dégage de cette étude que le recours aux soins a de tout le temps été une préoccupation des populations qui engagent leur autoresponsabilité. Une étude récente effectuée par un chercheur de l'ISH au Bankoni, Niaréla et Bozola sur "Représentation de la santé et de la maladie et itinéraires thérapeutiques dans les quartiers de Bankoni, Bozola et Niarela" montre les frustrations de ces populations face au service public de santé et le caractère pluriel du recours aux soins combinant: la médecine traditionnelle à la médecine conventionnelle dans toutes ses composantes, l'automédication traditionnelle et conventionnelle (22).

Cette étude confirme celle réalisée par le Docteur Arouna KEITA et Pierro Coppo dans "Médecine Traditionnelle: acteurs Itinéraires Thérapeutiques (15). L'automédication apparaît comme la première réponse du malade à la maladie, celle traditionnelle est plus fréquente chez les couches pauvres.

Les médicaments occupent plus de la moitié des dépenses en santé. Il s'agit des médicaments vendus sous forme de spécialité.

Ceci grèverait la balance commerciale du pays, d'autre part affaiblirait le pouvoir d'achat des familles, or des études ont montré selon le docteur H. BALIQUE que le coût peut être divisé par quatre si une véritable politique de médicaments essentiels est fermement mise en oeuvre. Eu égard à ces études peut-on valablement dire que les soins de santé primaires ou la santé communautaire permet l'auto-responsabilité des populations ? Ne faudrait-il pas plutôt concevoir la responsabilisation comme moyen permettant aux populations de contrôler la gestion des ressources qu'elles génèrent pour la santé ?

La gratuité des soins n'est-elle pas plutôt liée à une forme de gestion plus responsable, plus organisée basée sur une politique sociale qui investit dans la santé une partie de la plus-value de la société?

Selon Monsieur Miloud KADDAR "le problème réel dans beaucoup de pays en développement, en particulier en Afrique (au Mali) n'est pas seulement de trouver les moyens d'augmenter les ressources financières consacrées à la santé mais également d'assurer une gestion rationnelle de celles qui sont disponibles". N'est-ce pas que c'est dans cette problématique que s'est développé "le financement communautaire" pour certains? (13).

## 2.2 LIEU DE L'ETUDE

Notre étude a été menée dans un quartier péri-urbain de Bamako appelé BANKONI.

### Rappel historique - peuplement

#### Le quartier

Le quartier de Bankoni s'est constitué sur un champ offert par un autochtone de Bozola de la famille TOURE, en guise d'hospitalité. Ce champ est situé auprès d'un marigot.

Le nom du quartier provient de la présence, autrefois, de raphia (palmier à fibre très solide) le long du marigot (19).

Pan	=	raphia	
koni	=	petit marigot	(Pan Koni : pan = palmier)
ko	=	marigot	
ni	=	petit	

Sa création remonterait à la première moitié du XIXème siècle. Les trois premiers quartiers ont été : Salembougou, Flabougou et Zeguenekorobougou.

Le quartier de Layebougou fut créé à la suite du désaccord entre les frères installés à Flabougou. Après Layebougou, fut créé un autre quartier, Gahouleougou (Ce nom provient du mot Gahoulé, qui est une ethnie qui vit traditionnellement de charité et qui voyage beaucoup). Ce nom a été contesté par les habitants d'où le nom Plateau qui fera son apparition après 1967. Le nom plateau a été retenu en fonction de l'altitude du secteur par rapport aux autres quartiers.

Créé en 1974 Diaguineougou est le secteur le plus récent.

#### Peuplement

Les premiers habitants de Bankoni seraient venus du Wasulu, à l'époque des guerres samoriennes (19) (XIXème siècle). Ils sont constitués de :

- Peuhls du Wasulu, du Briko
- Miankas de Koutiala
- Soninkés de Nioro

Tous ces habitants ne sont cependant pas venus lors des guerres "samoriennes", d'autres sont arrivés en quête de soins auprès de tradithérapeutes reconnus dans le traitement de l'onchocercose.

Ces populations se sont installées dans les trois premiers secteurs (Salembougou, Flabougou et Zeguenekorobougou).

A partir de 1960, Bankoni a commencé à s'agrandir. On y rencontre de nos jours des gens venus de toutes les régions du Mali et hors du Mali.

Actuellement, Bankoni est un gros quartier populaire de Bamako composé de six secteurs : Salembougou, Flabougou, Zeguenekorobougou, Layebougou, Plateau et Dianguinéougou. C'est un microcosme ethnique.

### Cadre physique

Le quartier de Bankoni est situé au Nord-Est du District de Bamako, à environ cinq kilomètres du centre ville, au Nord de la route de Koulikoro. Il a une superficie de 280 ha (2).

Traversé du Nord au Sud par deux marigots : le Bankoni qui donne d'ailleurs au quartier son nom et par le Tienkolé.

Le Tienkolé divise le quartier en deux sous-ensembles :

- Le premier à l'Est composé des secteurs de Zeguenekorobougou et Dianguinéougou
- Le second à l'Ouest formé de Salembougou, Flabougou, Plateau et Layebougou.

### Cadre humain

L'espace occupé par les habitants de Bankoni était de (4):

- 5 ha en 1959
- 30 ha en 1966
- 130 ha en 1973
- 255 ha en 1977

le quartier s'est étendu et peuplé progressivement :

1.537 habitants en 1965 ; 26.330 habitants en 1976 ; 35.430 habitants en 1977 ; 47.981 habitants en 1987.

Les résultats du recensement d'Avril 1987 dénombraient 8.293 ménages, 4.528 concessions, soit :

- 5,8 personnes par ménage contre 5,6 pour la moyenne nationale ;
- 10,6 personnes par concession contre 9,6 pour la moyenne nationale ;
- 1,8 ménage par concession contre 1,7 pour la moyenne nationale
- 2 ou 3 personnes par chambre (4).

Entre le recensement administratif de 1976 et celui de 1987, la population de Bankoni a augmenté de 82 %.

Le recensement administratif de 1988 estime la population à 59.605 habitants (19).

L'enquête socio-économique faite en 1988-1989 par l'INRSP et les rapports du médecin chef du centre de santé ont permis de déterminer certaines caractéristiques de la population de Bankoni qui suivent ci-dessous.

La population est essentiellement jeune. Les personnes de moins de vingt-cinq ans constituent 65,58% et les moins de 45 ans : 91%. 59,9 % des jeunes ne sont pas scolarisés et 17% d'entre eux n'ont pas le niveau du DEF (4).

Le taux de natalité s'élève à 174 o/oo contre 49,64 o/oo du taux national. La mortalité infanto-juvénile est de 120o/oo contre 45 o/oo du taux national (mortalité infantile).

La taille moyenne du ménage a été estimée à 6 personnes, parmi lesquelles deux seulement sont actives.

En 1981, une étude a été faite sur la provenance des habitants de Bankoni. Selon cette étude, à Salembougou 2% des chefs de ménages sont nés à Salembougou contre 14% venus d'autres quartiers de Bamako ; 52% d'autres villes du pays et 32% des villages. A Flabougou, 10% des chefs de ménages viendraient des autres quartiers de Bamako ; 32% d'autres villes du pays ; 50% des villages et 2% de l'étranger. A Plateau, 4% des chefs de ménages viendraient des quartiers de Bamako ; 50% d'autres villes du pays, 44% des villages et 2% de l'étranger.

Cette étude montre la diversité des origines des habitants du quartier et surtout le rôle prépondérant de l'immigration l'origine rurale dans le processus du peuplement de Bankoni.

### Activites economiques

La population active est composée de :

- salariés (du secteur public et privé), ils sont minoritaires
- professions libérales (commerçants, vendeurs, chauffeurs, tailleurs, maçons, tisserands, cordonniers et cultivateurs).

Les travailleurs des professions libérales représentent plus de la moitié de la population, les travailleurs occasionnels sont les saisonniers, moins nombreux que les salariés.

Selon l'étude socio-économique faite en 1988-89, la population active est constituée de 22% de salariés dont 11% sont occasionnels. 1% vit de mendicité. 66% exercent des professions libérales dont la plupart travaille dans le secteur informel. Le revenu mensuel moyen s'élève à 4.067 FCFA par individu. Les dépenses alimentaires occupent le poste le plus important : 53,8% soit en moyenne 135 FCFA par individu/jour. L'enquête ne fait pas ressortir les dépenses sanitaires (19).

### I n f r a s t r u c t u r e

Bankoni présente les caractéristiques d'un gros quartier péri-urbain dont la croissance spontanée et rapide a eu lieu sous la pression de l'exode rural. Les lots ont été distribués de façon informelle, sans aucune directive d'urbanisation. Il y a de ce fait de grandes variations des dimensions entre les concessions. Il existe une promiscuité certaine avec deux, voire trois personnes par chambre ; il faut compter six personnes par ménage et deux ménages par concession.

Cette situation et cette promiscuité ne vont pas sans causer des problèmes de santé, d'hygiène et d'assainissement.

Les eaux usées coulent dans les cours des concessions et se déversent dans les rues. La moitié des ordures ménagères va échouer dans les lits des deux marigots : Tienkolé et Bankoni, stagnant longtemps derrière les concessions.

Dans certains secteurs, les mêmes sources d'eau sont utilisées indifféremment pour le ménage et la consommation.



La population se ravitaille en eau soit à partir de quelques puits publics ou privés soit par l'intermédiaire de porteurs d'eau. Le quartier compte quatre puits publics (deux à Layebougou, un à Flabougou et un à Dianguinebougou);

En 1987, les autorités nationales ont entrepris l'aménagement du quartier (tracé de route, aménagement des caniveaux, électrification du quartier). Il est à signaler qu'à ce jour, l'adduction d'eau n'est pas fonctionnelle et l'électrification dérisoire.

### S a n t é

Nous avons évoqué quelques problèmes de santé à Bankoni liés à l'urbanisation du quartier, à son caractère peuplé et à la pollution des principaux cours d'eau qui reçoivent les ordures essentiellement ménagères.

Une étude a été menée par l'INRSP sur les aspects cliniques, biologiques et parasitologiques des principaux problèmes de santé dont souffre la population et la façon dont elle les résoud.

La population de Bankoni essentiellement jeune est confrontée à des problèmes de santé liés au péril fécal et à la nutrition et à d'autres maladies invalidantes et aux maladies infectieuses et parasitaires diverses, selon l'étude effectuée à l'INRSP.

Les différentes couches de la population sont atteintes de façon disproportionnée. C'est ainsi que les femmes sont déclarées les plus atteintes. Les problèmes de santé des enfants semblent être sous-estimés pour des raisons de communication directe. Dans la population générale des hospitalisations ont été signalées avec une proportion plus élevée pour les pathologies médicales.

Ces hospitalisations concernent cependant plus les hommes que les femmes et les enfants et plus ces derniers que les femmes.

Les handicaps loco-moteurs rencontrés sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et les enfants ; ces derniers présentent plus des cardiopathies que les autres groupes sociaux.

Le taux de vaccination des enfants complètement vaccinés dans le cadre du programme élargi de vaccination est plus élevé que dans le district tandis que la prévalence de la sous-nutrition aiguë infantile est jugée mauvaise. Elle reste essentiellement liée aux apports alimentaires et aux infections.

A Bankoni la prévalence du paludisme infestation est assez faible. L'hypo-endémicité palustre est lié à la situation des cours d'eau qui sont pollués et à l'accessibilité à portée de main, aux médicaments antimalariques.

La bilharziose uro-génitale est d'endémicité moyenne tandis que celle intestinale est hypo-endémique. Les helminthiases sont très peu nombreuses et les espèces rencontrées sont les *Hymenolepis nana*.

Les protozoaires sont fortement impliquées dans les maladies diarrhéiques qui sont importantes chez les enfants.

La population de Bankoni a un recours pluriel aux soins de santé allant de l'automédication (traditionnelle et conventionnelle), à la médication traditionnelle et conventionnelle. Compte tenu du niveau des revenus qui demeure faible, la population est beaucoup plus portée vers l'automédication qui est moins chère. D'autres pathologies bien que n'ayant pas fait l'objet de l'étude en question existent et ne sont pas moins importantes ; il s'agit des dermatoses, des conjonctivites, des douleurs abdominales, des gastrites, etc...

L'infrastructure sanitaire est quasiment inexistante dans ce quartier de 59.605 habitants. Jusqu'à la date du 23 mars 1989, il n'existait qu'un dépôt de pharmacie.

Les centres de santé les plus proches sont ceux de Korofina, de Missira et de l'Hippodrome. De ce fait, la population de Bankoni réunie au sein de l'ASACOB (ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BANKONI), a ouvert avec l'appui de la Coopération Française un centre de santé dirigé par un médecin. Ce centre comprend une salle de consultation, une maternité, un centre de SMI et une pharmacie qui vend aux adhérents des médicaments génériques qui coûtent moins chers. Quelque temps après janvier 1990, un infirmier du premier cycle a eu l'idée d'ouvrir un cabinet privé dispensant des soins à Flabougou.

En novembre 1990, l'Association " Le Croissant Rouge Palestinien" a ouvert un centre de santé.

Ces trois initiatives relativement récentes, l'une communautaire à but non lucratif, l'autre strictement privée à but lucratif et la troisième associative mais non communautaire résument les infrastructures de santé du quartier.

A côté de ce secteur coventionnel, la médecine traditionnelle pourvoit des soins probablement très développés aux habitants de Bankoni.

## E d u c a t i o n

Il n'existe à Bankoni que 5 écoles publiques qui totalisent 3297 élèves soit 5,53 % de la population. Ces écoles sont réparties entre le Plateau et Zeguenekorobougou. Ces écoles ont vu le jour en 1974 pour le plateau et 1984 pour Zeguenekorobougou. Elles se divisent en 4 écoles de premier cycle et 1 école de second cycle.

Il y a trois écoles de premier cycle au plateau "B", "C", "D" et un second cycle. A Zeguenebougou il y a une école de premier cycle "A".

Recemment dans les années 91 des écoles de bases ont vu le jour dans le quartier selon les informations recueillies à la direction du groupe scolaire de Bankoni plateau. Il existe :

- 3 écoles de base à Layebougou
- 1 école de base à Dianguinebougou
- 1 école de base à Plateau
- 1 école de base à Flabougou
- 1 école de base à Zenguenebougou.

### **2.3 HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE**

Deux facteurs essentiels ont permis la création de l'ASACOBA. Ces facteurs sont exogènes et endogènes;

#### **2.3.1 DE L'ASSOCIATION**

##### **Facteurs endogènes**

Bankoni est un quartier péri-urbain et peuplé. Il a été créé de façon spontanée et sa croissance s'est effectuée sans aucune directive d'urbanisation. Il se pose alors à Bankoni un problème d'assainissement du milieu propice à la prolifération des maladies de tout ordre. Le quartier manquait d'infrastructure sanitaire, car jusqu'à la création du centre de santé communautaire, il n'y avait qu'un dépôt de pharmacie. Par le manque d'infrastructure sanitaire, la population était éloignée des structures conventionnelles de la santé. Cette situation rend difficile l'accès aux consultations médicales et l'évacuation des urgences sanitaires notamment celles des femmes en travail. Lorsqu'on sait que les moyens de transport à Bankoni sont très difficiles à acquérir, à cause de la rareté et de leur coût. Tout ceci concourt à rendre onéreux le coût de la santé lorsqu'on tient compte des frais de consultations, de médicaments et de transport.

Les femmes sont les couches les plus touchées d'autant plus qu'on sait qu'en outre des maladies communes aux deux sexes, elles doivent faire face aux problèmes posés par la parité, les soins aux enfants qui les mobilisent généralement seules. C'est ainsi qu'elles seront les premières à rencontrer des personnalités en vue, dans le quartier, pour la création d'une maternité aux moyens des cotisations. A défaut de cette maternité, elles ont proposé leur prise en charge pour les consultations prénatales par la maternité de Sikoroni qu'elles s'apprêtaient à réaménager. Leur action incitatrice renforcera les préoccupations des autres couches de la population, pour la création d'un centre de santé et non strictement de la maternité. Dans la recherche de voies et moyens pour réussir la création du centre de santé, les principaux acteurs rencontreront des facteurs exogènes favorisants.

### Facteurs exogènes

l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) à travers la Division Santé Communautaire a effectué une étude en milieu rural sur les recours aux soins et les dépenses en santé par les populations. Dans le souci de comparer les conclusions de cette étude en milieu rural, avec le milieu urbain, une équipe de la Division Santé Communautaire dudit institut et des personnes ressources amorceront une enquête dans le quartier de Bankoni.

Cette étude s'intitule "Conditions de vie, les dépenses de santé et recours aux soins dans le quartier de Bankoni" (18).

Lors de la première rencontre autour des objectifs de l'étude qui a eu lieu à la mairie de Bankoni, la possibilité de la création d'un centre de santé comme issue de l'enquête a été évoquée. Cette enquête a commencé en 1987 et les premiers résultats (avant même la fin de l'enquête) étaient favorables à la création du centre de santé.

Certaines personnalités de l'enquête conjugueront leurs efforts avec ceux d'un groupe de notables et de personnalités politiques, pour la mise sur place d'une association. Elles ont effectué, pour la circonstance, une série d'assemblées générales, dans les différents secteurs en vue de sensibiliser la population. Suite à ces rencontres, une assemblée générale réunissant les chefs de secteurs et d'autres personnes "de confiance" du chef de secteur ont créé, en 1988 (septembre) une association dénommée Association de Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBA).

L'ASACOBA a été enregistrée selon l'ordonnance N° 41/PCG du 28 mars 1959 relative aux associations. Elle bénéficie ainsi de la personnalité morale et peut, à ce titre, fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif.

### Objectifs de l'ASACOBA

Selon ses statuts l'ASACOBA a pour but :

- De faciliter l'accès des populations du quartier de Bankoni aux soins essentiels qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotif.
- De susciter la participation active des populations et responsables de la population pour protéger et améliorer leur état de santé (Article 2 titre II) (voir annexes).

L'ASACOBA se propose de réaliser ses objectifs en liaison étroite avec les services techniques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Il s'agira plus précisément:

- D'assurer la création, puis le fonctionnement d'un centre de santé communautaire destiné à l'ensemble de la population résidant dans la zone géographique de Bankoni.
- D'assurer la gestion de ce centre, afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son fonctionnement et la qualité de ses services produits.
- De contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives préventives et promotives, conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (Article 3 titre III).

L'ASACOBA est ainsi à même de recruter du personnel n'appartenant pas à la Fonction Publique et de le payer grâce aux ressources qu'elle dégage des cotisations de ses membres et de son système de recouvrement des coûts.

### De l'adhésion

L'ASACOBA est ouverte à tout chef de famille pouvant justifier sa résidence à Bankoni. Chaque membre s'acquitte d'une cotisation de 500 F par an. Le chef de famille devient membre, ses épouses et enfants deviennent des ayant-droits. Le fonctionnement de l'Association est décrit dans les statuts et règlements en Annexe I de cette étude.

### Des ressources de l'ASACOBA

Elles proviennent :

- Des recettes correspondant à l'activité du Centre de Santé qui sont entièrement affectées au fonctionnement du Centre.
- Des cotisations des membres
- Des subventions des pouvoirs publics, des oeuvres de bienfaisance, d'organismes nationaux ou internationaux.
- Des dons et legs.

Un an après sa création, l'ASACOBA a répondu positivement à l'un de ses objectifs fondamentaux par la création du Centre de Santé Communautaire qui fonctionne jusqu'à nos jours.

L'existence du centre a permis :

- de recruter du personnel médical
- de faciliter l'accès des populations aux soins de santé
- de contribuer en partie à la mise en oeuvre de certains aspects de la politique nationale dans ses composantes curatives, préventives et promotives.

L'ASACOBA a-t-elle cependant réussi à susciter la participation active des populations, pour améliorer leur état de santé ? La gestion du centre et de l'Association assure-t-elle la pérennité de développement du Centre et de l'Association ? Comment le Centre de Santé et l'Association préservent-ils les acquis liés à l'existence du Centre et de l'association ? Quels en sont les perspectives. Autant de questions auxquelles nos investigations permettront sûrement d'apporter les réponses.

### 2.3.2 LE CENTRE DE SANTE DE BANKONI

#### Création du centre

Le Centre de Santé Communautaire de Bankoni est l'oeuvre de l'ASACOBA qui en a la personnalité juridique. Conformément à ses objectifs, l'ASACOBA a créé le Centre de Santé en Mars 1989, grâce à l'appui technique de l'INRSP et de l'ENMP et le soutien financier de quelques bonnes volontés sollicitées ainsi que des contributions de la population.

**Sources de financement du centre**

- Les financements qui ont permis la création du Centre de Santé de l'ASACOBA proviennent :
- des cotisations de la population, suite à la vente des cartes
- de la Coopération Française
- de l'ONG Française "SANTE SUD"
- de l'ONG Française MEDECINS DU MONDE

**Fonds de démarrage du centre de sante de Bankoni et leur origine**

Il faut noter qu'au démarrage le centre de Santé de l'ASACOBA a nécessité un financement total de 3.891.250 F CFA qui se répartissent de la façon suivante:

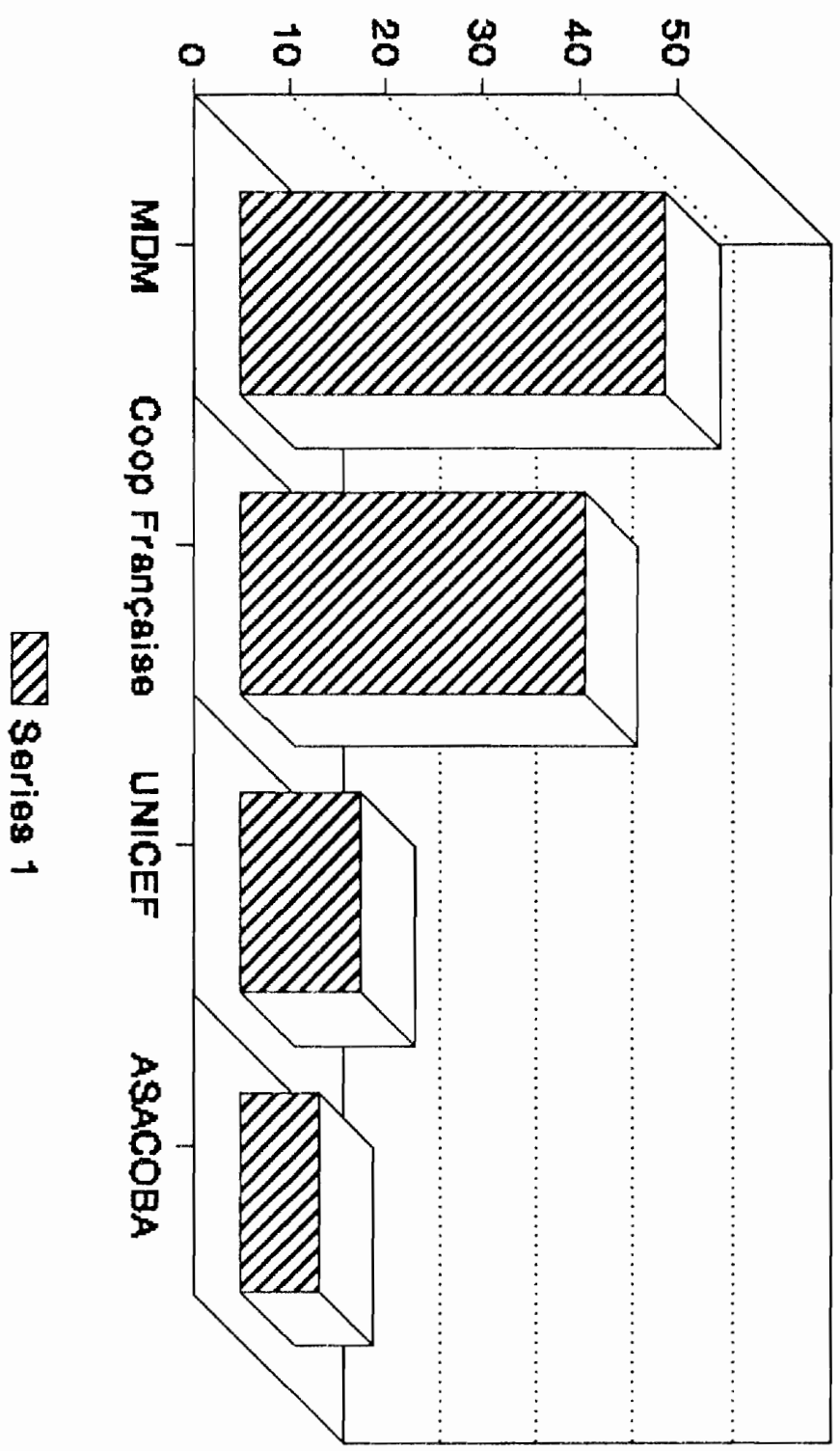
- MEDECINS DU MONDE: 1.700.000 F CFA soit 43,7%
- La coopération Française : 1.381.250 F CFA soit 35,5%
- UNICEF : 500.000 F CFA soit 12,8%
- La population de Bankoni: 310.000 F CFA soit 8,0%

Au cours de la première année d'activités, un appui supplémentaire de la part de certaines organisations non gouvernementales a permis de renforcer le fond de démarrage comme l'indique le Tableau suivant:

**TABLEAU 1 APPUI AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE D'ACTIVITES (Mars 1989 - Février 1990)**

ANNEE	ORIGINE	MONTANT	%
1989 - 1990	MEDECINS DU MONDE	5.897.408 F	76,7
	Particuliers	100.000 F	1,3
	Coop. Française	1.381.250 F	18,0
	ASACOBA	310.000 F	4,0
TOTAL		7.688.658 F	100

# APPUI A LA TERRE ANNEE D'ACTIVITE



Graphique 1



**TABLEAU 2 SUBVENTION AU COURS DE LA 2eme ANNEE (MARS 1990 - FEVRIER 1991)**

ORIGINE	:	MONTANT (Fcfa)	:	%
SANTE SUD	:	4.789.600	:	56,8
COOP. FRANÇAISE	:	1.000.000	:	11,8
LION'S CLUB	:	975.000	:	11,6
TOTAL	:	8.436.920	:	100

**SOMME TOTALE 1989-1991 = 16.125.578 F**

La participation de la population s'élève à 8 % des fonds qui ont servi au démarrage du Centre de Santé.

Les fonds octroyés par la Coopération Française ont été utilisés pour la réfection de l'architecture des maisons louées par l'Association (sans en altérer les fondements), ainsi qu'à acquitter les premiers frais de location. Les dons de "Médecins du Monde" ont permis de constituer les premiers stocks de médicaments de la pharmacie.

De 1989 à 1990, l'ONG "Médecins du Monde" occupe le plus gros poste des aides qui ont permis la réalisation concrète du centre. Son taux de participation s'élève à 76,7 %, suivi par la Coopération Française 18 % quant à la contribution de la population de Bankoni, c'est à dire les adhérents de l'Association elle n'a été que de 4%.

Pour l'année 1990-1991, c'est l'ONG "SANTÉ SUD" qui a le plus participé, 56,8 %, suivi de la Coopération Française 11,8 % et du LION'S Club 11,6 %.

En considérant les années 1989-1991, on se rend compte que le Centre de Santé de Bankoni n'a pu voir le jour qu'avec l'aide des sociétés civiles étrangères françaises, Santé Sud, Médecins du Monde, et le Lion's Club, totalisant ainsi 72,3% des aides qui ont permis au Centre d'exister et de démarrer. Lorsqu'on y ajoute la contribution de l'ASACOBÀ, le taux de participation s'élève à 77,2 %. La participation de l'ASACOBÀ à elle seule n'est que de 4 %, ce qui est très faible. L'Etat malien, pour sa part, n'a apporté aucune contribution financière à la création du Centre de Santé communautaire de Bankoni.

**MATERIELS REÇUS PAR LE CENTRE ASACOBÀ AU MOMENT DE SON  
DEMARRAGE ET 1 AN APRES**

MATERIELS	NOMBRE	ORIGINE
Groupe electrogène "YAMAHA	1	Santé Sud
Table de consultation	2	UNICEF
Table d'accouchement	1	Division Santé Familiale
Berceau	11	P h a r m a c i e d'approvisionnement
Armoire métallique	2	UNICEF
Lit métallique	3	P h a r m a c i e d'approvisionnement
Chaise métallique	6	UNICEF

**Situation géographique du centre**

Le Centre de Santé de l'ASACOBÀ est situé en plein coeur du quartier de BANKONI, dans l'un des premiers secteurs, Flabougou. Il se trouve non loin de la mosquée du vendredi, rue Samba Diallo et est installé dans trois concessions voisines qui ont été louées par l'Association.

**2.4 DESCRIPTION DU CENTRE DE SANTÉ DE BANKONI ET ACTIVITES**

Le Centre de Santé d'ASACOBÀ est dirigé par un médecin-directeur diplômé de l'E.N.M.P. Il dispose d'un personnel de vingt personnes, toutes formées dans les écoles sanitaires du Mali.

Trois blocs constituent le Centre de Santé. Ce sont :

- le dispensaire
- la maternité
- le Centre de l'Enfance

## **Le Dispensaire**

Il a ouvert ses portes le 9 mars 1989 et comprend huit pièces:

- deux cabinets de consultation disposant chacun de deux salles servant de bureau au médecin et de salle d'examen,
- un dépôt de pharmacie équipé d'un magasin de stockage et d'un magasin de vente
- une salle de laboratoire deux "préaux" couverts y font office de salle d'attente
- deux sanitaires, un magasin
- un puits

Les deux cabinets de consultation sont contigus, tandis que les autres salles sont indépendantes. Une cour centrale est commune à tous les services. Le dispensaire est dirigé par un médecin-chef formé à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

## **Les activités du dispensaire**

Le dispensaire offre quatre types d'activités :

- Les consultations médicales qui concernent un éventail de prestations de médecine générale. Elles sont exclusivement effectuées par des médecins-généralistes, tous formés à l'ENMP. Cependant, lors des gardes, les infirmiers effectuent les consultations, lorsqu'ils sont de service. Le dispensaire dispose de deux médecins.
- Les soins infirmiers sont donnés par une infirmière diplômée d'état et des aides-soignants.
- Le dépôt de pharmacie permet de fournir les médicaments essentiels, présentés sous leur dénomination commune internationale;
- Les examens biologiques sont assurés par une technicienne de laboratoire, sortie de l'ESS. Elle effectue les analyses essentielles (cf Annexe, fiche de laboratoire)

**La maternité****Description :**

La maternité, ouverte en Février 1990, est dirigée par une sage-femme formée à l'ESS du Mali.

Elle comprend :

- un bureau avec une salle d'examen,
- une salle de travail donnant sur la salle d'accouchement,
- trois salles d'hospitalisation post-partum
- un hangard utilisé comme salle d'attente

**Les activités de la maternité**

La maternité assure :

- les consultations prénatales,
- les accouchements
- les consultations de planning familial

Les consultations prénatales commencent depuis les premiers signes de la grossesse. Chaque femme doit posséder un carnet de consultation prénatale.

**Les accouchements :**

Les femmes qui viennent accoucher à la maternité sont reçues dans la salle de travail où elles sont installées. Lorsque le travail n'est pas avancé, elles sont tout simplement dirigées vers une chambre de séjour, dans l'attente de la progression du travail. En cas de difficulté, il est fait appel à un médecin qui décide de l'évacuation, si le cas dépasse ses compétences.

**Les consultations post-natales :**

Elles sont gratuites et sont effectuées dans les suites de couches, les huitième, quinzième et quarantième jours après l'accouchement. Peu de femmes suivraient ces consultations, malgré la sensibilisation en cours

**Les consultations de planning familial :**

Elles se font tous les jours. Etant donné que cette activité draine peu de monde, l'on a proposé que les consultations soient journalières, afin de faciliter l'accès au planning.

### Le Centre de l'Enfance

Le Centre de l'Enfance a été institué en avril 1991. Il est composé :

- d'une salle de consultation des enfants sains,
- d'une salle de vaccination,
- d'un hangard utilisé pour la vaccination,
- d'une case ronde pour les démonstrations nutritionnelles
- d'une cuisine
- d'une salle utilisée pour le service comptabilité et la garde des archives
- d'un magasin
- de deux sanitaires

Il est à remarquer que la maternité et le Centre de l'Enfance se partagent le même espace, tandis que le dispensaire où se trouvent la pharmacie, la salle de soins et de consultations sont situés au même endroit.

### Les activités du Centre de l'Enfant

Elles sont gratuites, éducationnelles et promotionnelles et concernent :

- la consultation des enfants sains
- la vaccination
- la récupération et l'éducation nutritionnelle
- le suivi nutritionnel, par enquête anthropométrique sur le terrain
- l'hospitalisation de jour pour la réhydratation
- l'éducation des mères sur les différents problèmes de santé inhérents à l'enfant

En somme trois grosses activités se partagent ce centre :

1. la consultation des enfants sains,
  2. la vaccination
  3. Le Centre de Récupération Nutritionnelle
- . La consultation des enfants sains est effectuée par un médecin. Les mères sont munies d'un carnet de santé valable trois ans qu'elles paient 1.500 F. A ce jour, il n'y a que 71 enfants qui sont venus en consultation. Cette activité est aujourd'hui arrêtée, faute de sensibilisation doublée de la difficulté des mères à payer les carnets de consultation. Ce carnet donne droit aux traitements gratuits en cas de maladie de l'enfant en question. Il a été constatée qu'une fois le carnet acheté par les mères elles n'amènent généralement les enfants qu'en cas de maladie. En plus cette activité greverait le fonds du centre.

Une nouvelle approche a été initiée et appliquée dans le quartier. En effet, trois infirmières d'Etat se sont partagées les 6 secteurs de quartier ; chacune ayant la responsabilité du suivi de deux secteurs. La vaccination s'effectue tous les jours ouvrables au centre. Les trois infirmières sillonnent les différents secteurs, pour sensibiliser les mères.

Elles vérifient les cartes de vaccination pour s'assurer que les vaccinations ont été correctement et complètement effectuées. De même, elles passent des messages d'éducation sanitaire concernant la prévention des maladies diarrhéiques et le planning familial.

Lorsque la vaccination n'est pas correctement et/ou complètement faite, elles invitent les mères à se rendre au centre, pour qu'elle soit reprise. Les mêmes infirmières d'état qui font la sensibilisation effectuent la vaccination, ceci dans le souci d'instaurer un climat de confiance mutuelle entre les agents de santé et les mères.

#### Le C.R.E.N.

En avril 1991, le Système d'Alerte Précoce (SAP) a réalisé, à la demande du PRMC (Projet de Restructuration du Marché Céréalière) une enquête nutritionnelle sur les quartiers périphériques de Bamako. A Bankoni, cette enquête a mis en évidence les taux de malnutrition suivants (4):

- malnutrition aiguë : 12,7 % (8,8 - 17,8)
- malnutrition chronique : 12,76% (14,7 - 25,3)

Le SAP a donc conclu que la malnutrition est due à des facteurs socio-économiques et sanitaires structurels plutôt qu'à des facteurs exogènes conjoncturels. En mai 1981, un document élaboré sur la question de la malnutrition propose de "rechercher des solutions transitoires à une situation dramatique dont des milliers d'enfants font les frais, chaque année"

Ces observations ont donc conduit à la mise en oeuvre d'une politique de récupération et d'éducation nutritionnelles pour ces enfants, au sein du "Centre de l'Enfant" de l'ASACOBA. LE CREN a ainsi vu le jour mi-juillet 1991.

Le Centre de Santé de Bankoni mène d'autres activités de formation et de recherche. En janvier 1991, un programme de lutte contre le sida a vu le jour. Il a consisté à mettre sur le marché, grâce à l'aide d'une centaine de petits commerçants et vendeurs-étalagistes de préservatifs.

Une troupe de théâtre populaire, le Koteba, a monté un spectacle en langue Bamanan sur le SIDA et s'est produite dans les six secteurs, afin de porter sa contribution à l'information des populations. Une thèse en médecine a été consacrée à cette expérience de lutte contre le sida dans le quartier de Bankoni.

Déjà, en novembre 1989, ont eu lieu des activités tendant à dépister des grossesses dans le quartier ainsi que le suivi des enfants qui en sont issus jusqu'à l'âge de trois ans.

Cette recherche a été effectuée par deux sages-femmes. Les premiers résultats qui ont concerné un échantillon de 1.000 femmes ont été publiés dans le cadre d'une thèse de médecine ("Etude des mortalités périnatales et infanto-juvénile dans le quartier de BANKONI", Mme WAGUE Hawa SISSOKO F. ENMP Mars 1991, 90 P).

#### Fonctionnement et tarification au centre de santé de Bankoni

Le Centre de Santé de Bankoni est ouvert à tous les adhérents de l'Association. Il leur suffit de présenter leur carte d'adhésion, en cas de besoin de prestations du centre.

Les malades -adhérents ou non- sont accueillis par un des agents (gardien de salle). Ce dernier leur explique les modalités de fonctionnement du centre et les oriente vers le guichet tenu par un adjoint-administratif qui leur délivre un ticket pour les consultations, ou un carnet de santé maternel ou infantile, s'il s'agit de consultations prénatales ou d'enfants sains.

Les malades qui présentent la carte d'adhésion à jour paient un ticket "d'adhérent" au prix de 300 FCFA. S'ils n'ont pas de carte, ils paient un "plein tarif" qui s'élève à 500 FCFA.

Le ticket de consultation donne droit :

- à une consultation de médecine générale,
- aux soins infirmiers,
- à des consultations complémentaires pendant sept jours, si elles portent sur l'affection initiale. Les soins infirmiers sont dispensés **gratuitement** par une infirmière diplômée d'état chez tous les malades disposant d'une ordonnance.

Les malades sans ordonnance ou ayant été consultés par une autre formation sanitaire peuvent être également soignés durant les sept jours, à condition de payer un ticket de 500 FCFA. Les tarifs sont de 500 FCFA pour les adhérents et 700 FCFA pour les non-adhérents, lors des services de garde. Les médicaments de premiers soins sont fournis **gratuitement à tous** lors des heures de gardes.

Les différentes tarifications des actes sont fixées par le Comité de Gestion, après approbation de l'assemblée générale.

Les malades reçoivent l'ordonnance délivrée par un des médecins du centre ou la sage-femme. Les médicaments sont prescrits en D.C.I. sur des ordonnanciers spécifiques au Centre. Ces ordonnances sont établies en deux exemplaires dont l'un reste à la pharmacie, après achat et service. Le pharmacien en plus du médecin explique la manière de prendre les médicaments prescrits, la posologie. A l'origine, seuls les adhérents de l'Association avaient droit à y acheter les médicaments, mais devant le drame qu'entraînent certaines situations, le médecin-directeur a été forcé d'enfreindre cette règle et d'autoriser l'accès aux médicaments essentiels à tous les malades.

Lorsque le stock diminue le médecin, en accord avec le pharmacien, fait la commande. Cette commande était confiée à "Santé Sud". Actuellement le G.I.E. a relayé Santé Sud. Tous les jours, à la fin du service, le versement de fonds est effectué au trésorier de l'Association ASACOBA.

#### Ressources du centre et modalités de gestion

Les ressources du centre proviennent essentiellement des prestations du Centre :

- tickets de consultations
- carnets de consultation prénatale et infantile
- frais d'accouchement
- recettes encaissées par le laboratoire
- vente de médicaments essentiels

Elles proviennent accessoirement de la vente des cartes de membres

La gestion de ces ressources qui doivent permettre au Centre de s'auto-financer est assurée par le Conseil de Gestion qui se réunit trimestriellement, sur décision de son Président.



Les recettes provenant de la vente des médicaments sont destinées à renouveler le stock de la pharmacie et les excédents enregistrés assurent ainsi le complément des salaires du personnel et les frais de fonctionnement.

**Fonctionnement particulier de certaines unités :**

la maternité, la pharmacie, le Centre de l'Enfance.

**La maternité**

Les femmes qui viennent accoucher à la maternité sont reçues dans la salle de travail. Lorsque le travail n'est pas avancé, elles sont alors dirigées vers une chambre de séjour ou dans la salle d'accouchement, dans le cas contraire

La maternité est ouverte à toutes les femmes, sans aucune distinction du lieu de provenance ou d'appartenance à l'ASACOBBA. Elles payent toutes la somme de 1.000 FCFA, après l'accouchement, à l'équipe de garde ou à la sage-femme, le lendemain, et reçoivent en conséquence une fiche d'accouchement. Elles gardent le lit, après l'accouchement, pendant un jour au moins.

Les consultations prénatales ont lieu dès les premiers signes de la grossesse.

A la première visite, les femmes doivent acquérir un carnet à 500 FCFA (dont 125 FCFA constituent les frais de fabrication du carnet). Elles n'auront plus qu'à payer les frais entraînés par l'établissement d'ordonnances éventuelles.

Dans un souci de discrétion, pour les femmes pour qui le sujet reste tabou, tous les jours ont lieu les consultations de planning familial. Le tarif de la consultation est de 100 FCFA, le renouvellement après trois mois, se monte à 50 FCFA.

S'agissant des consultations post-natales qui sont gratuites, malgré tous les efforts déployés pour sensibiliser les femmes ayant eu des suites de couche, on s'aperçoit que ces dernières boudent le dispositif mis en place en leur faveur.

### La Pharmacie

La pharmacie est l'une des unités essentielles du Centre de Santé. Elle est ouverte tous les jours ouvrables. La vente des médicaments est assurée par un diplômé en psycho-pédagogie de l'Ecole Normale Supérieure.

Les recettes provenant des prestations sont utilisées au financement des salaires et aux frais de fonctionnement et accessoires du Centre

Les cartes de l'Association sont renouvelées, grâce aux recettes de celles-ci.

Le médecin-directeur est chargé de la gestion courante du centre et en rend compte mensuellement au trésorier général de l'Association et au Comité de Gestion.

Le comptable du centre verse au trésorier de l'Association toutes les recettes journalières ; lesquelles sont par la suite versées, par le trésorier, sur le compte bancaire de l'Association.

### Le personnel et le centre de sante

Le Centre de Santé de Bankoni a démarré avec quatre personnes plus ou moins associées à la création du Centre.

il y avait donc au début :

- 1 médecin
- 1 vendeur de médicaments
- 1 infirmière, et
- 1 gardien.

Le Centre compte aujourd'hui vingt agents qui y ont accédé soit par concours, soit par recrutement direct, grâce au dépôt de leur dossier.

Le personnel d'ASACOPA travaille sur une base contractuelle non encore active.

Trois médecins assurent la responsabilité du Centre et des unités suivantes : dispensaire, Centre de l'Enfance ;

Cinq infirmières se répartissent la responsabilité des soins infirmiers, du P.E.V. et des enquêtes nutritionnelles

Une laborantine diplômée d'état, responsable du laboratoire

Quatre matrones dont trois sont affectées à la maternité et une au CREN.

Deux sages-femmes dont l'une est responsable de la maternité, et l'autre chargée des enquêtes nutritionnelles.

Deux psycho-pédagogues dont l'un est chargé des enquêtes sociologiques et l'autre la gestion de la pharmacie.

Un comptable gère les ressources du Centre.

Deux gardiens sont affectés l'un à la maternité, l'autre au dispensaire. Cependant, lors des consultations les deux gardiens travaillent ensemble au dispensaire, indiquant le lieu d'achat des tickets de consultations, des carnets, selon le cas et établissant le rang d'admission chez le médecin.

Les gardes sont assurées par les infirmiers et les médecins, ces derniers ne bénéficiant pas de descente de garde

En raison de la fermeture du Centre d'Education Nutritionnelle, trois agents ont été licenciés: une matrone, un psycho-pedagogue et une infirmière.

## CHAPITRE III

RESULTATS DES ENQUETES

### 3.1 DESCRIPTION DE LA POULATION ENQUETEE

Nous donnons dans ce chapitre, certaines caractéristiques de la population enquêtée.

**TABLEAU 3 - STATUT DE RESIDENCE**

STATUT	:	NOMBRE	:	%
RESIDENTS PRESENTS	:	1.503	:	85,5
RESIDENTS ABSENTS	:	238	:	13,5
VISITEURS	:	17	:	1,0
TOTAL	:	1.758	:	100

Les résidents présents sont les plus nombreux (85,5 %). Cependant le taux de 13,5 % de résidents absents ne saurait être considéré comme négligeable dans un tel quartier. Si la population vient généralement d'ailleurs, elle est aussi une population qui bouge. Ceci explique qu'au moment de l'enquête certains individus étaient absents de leur ménage.

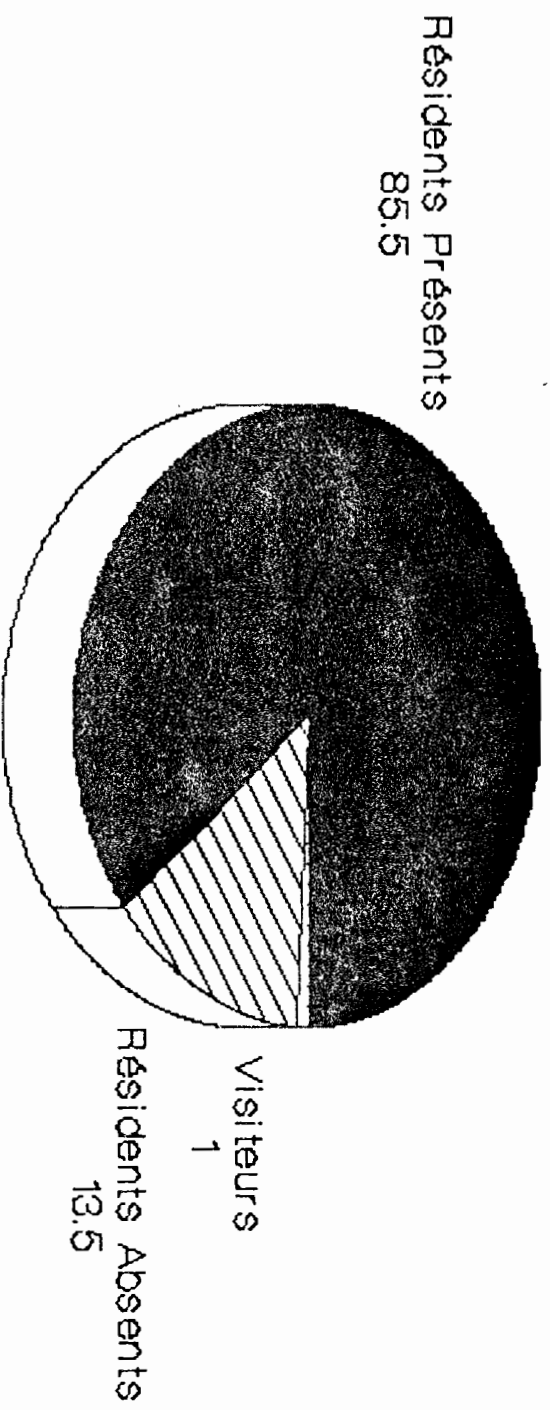
Si une étude précédente effectuée par l'INRSP en 1987 montre que chaque ménage avait deux visiteurs en moyenne, la présente montre un taux assez négligeable (0,8 %) de visiteurs. L'enquête a été effectuée pendant la période hivernale, période pendant laquelle la population rurale est occupée aux travaux champêtres. Si l'on connaît l'origine essentiellement rurale de la population, on comprend qu'elle reçoive moins de visiteurs à ce moment de l'année.

**TABLEAU 4 - REPARTITION SELON LE SEXE**

S E X E	:	NOMBRE	:	%
Hommes	:	881	:	50,1
Femmes	:	877	:	49,9
TOTAL	:	1758	:	100

La proportion d'hommes est comparable à celle des femmes ( $X^2 = 0,020$ ). Le recensement général de la population et de l'habitat d'Avril 1987 concluait à une proportion 51 % de femmes pour 49 % d'hommes.

# STATUT DE RESIDENCE DES HABITANTS DE BANKONI



# REPARTITION DE LA POPULATION ENQUETEE SELON LE SEXE

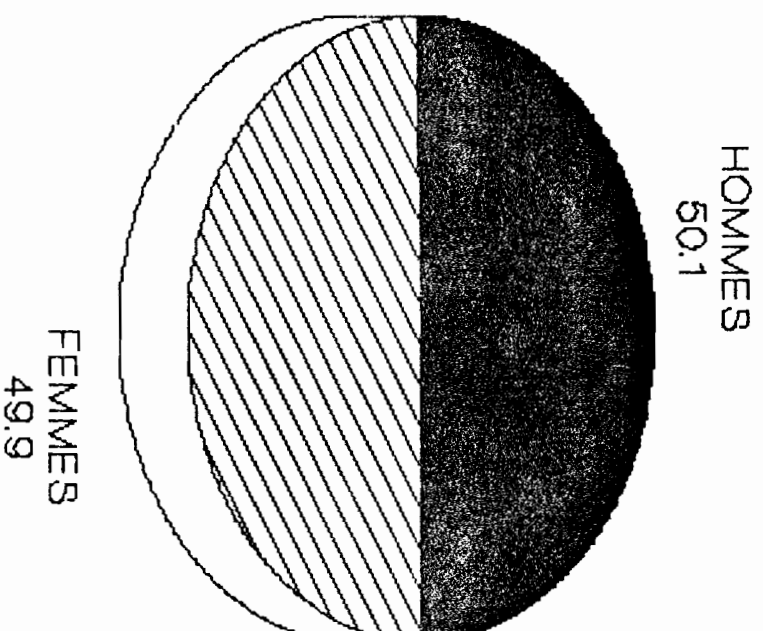


TABLEAU 5 - REPARTITION PAR CLASSE D'AGE

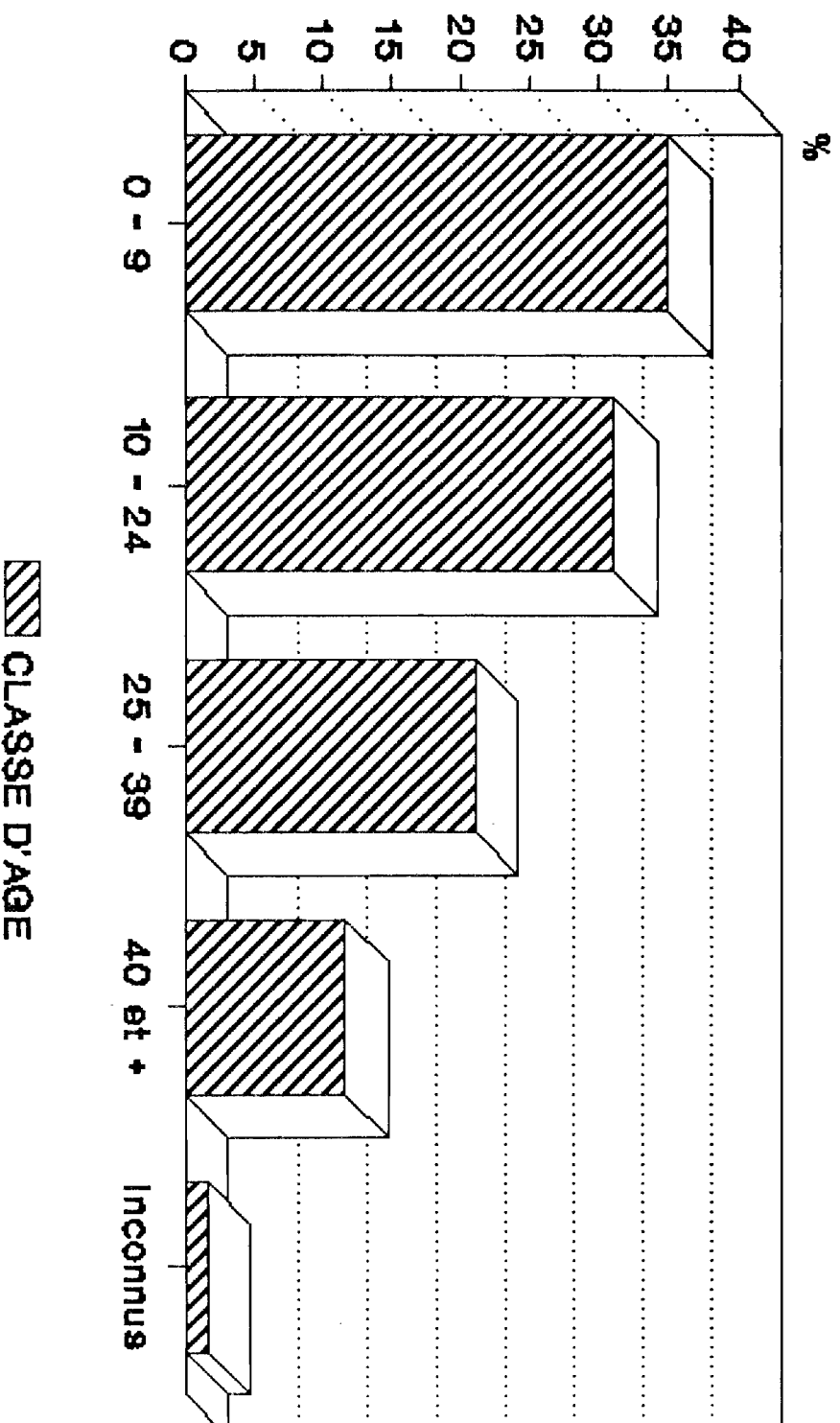
CLASSE D'AGE (ans)	EFFECTIFS	%	% cumulé
0 - 4	330	18,8	18,8
5 - 9	283	16,1	34,9
10 - 14	234	13,3	48,2
15 - 19	149	8,5	56,7
20 - 24	161	9,2	65,9
25 - 29	138	7,8	73,7
30 - 34	120	6,8	80,5
35 - 39	110	6,3	86,8
40 - 44	62	3,5	90,3
45 - 49	49	2,8	93,3
50 - 54	28	1,5	94,7
55 - 59	21	1,2	95,9
60 - 64	15	0,9	96,8
65 - 69	8	0,5	97,3
70 - 74	7	0,4	97,7
75 - 79	2	0,1	97,8
80 - 84	2	0,1	97,9
85 - 89	1	0,1	98,0
90 - 94	10	0,6	98,7
âge inconnu	28	1,6	100,0
TOTAL	1.758	100	100,0

La population enquêtée est très jeune, les moins de 15 ans constituant près de la moitié (48,2 %) de la population.

Les personnes de plus de 40 ans représentent 13,3 %, par contre les 60 ans et plus ne font que 4,3 % de la population enquêtée.



# REPARTITION PAR CLASSE D'AGE



**TABLEAU 6 REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE ET PAR SEXE**

CLASSE D'AGE (ans)	SEXE		TOTAL
	MASCULIN	FEMININ	
0 - 4	167	163	330
5 - 9	140	143	283
10 - 14	117	117	234
15 - 19	77	72	149
20 - 24	66	95	161
25 - 29	61	77	138
30 - 34	54	66	120
35 - 39	76	34	110
40 - 44	37	25	62
45 - 49	23	26	49
50 - 54	17	11	28
55 - 59	16	5	21
60 et plus	21	24	45
âge inconnu	9	19	28
<b>TOTAL</b>	<b>881 (50,1%)</b>	<b>877 (49,9%)</b>	<b>1758</b>

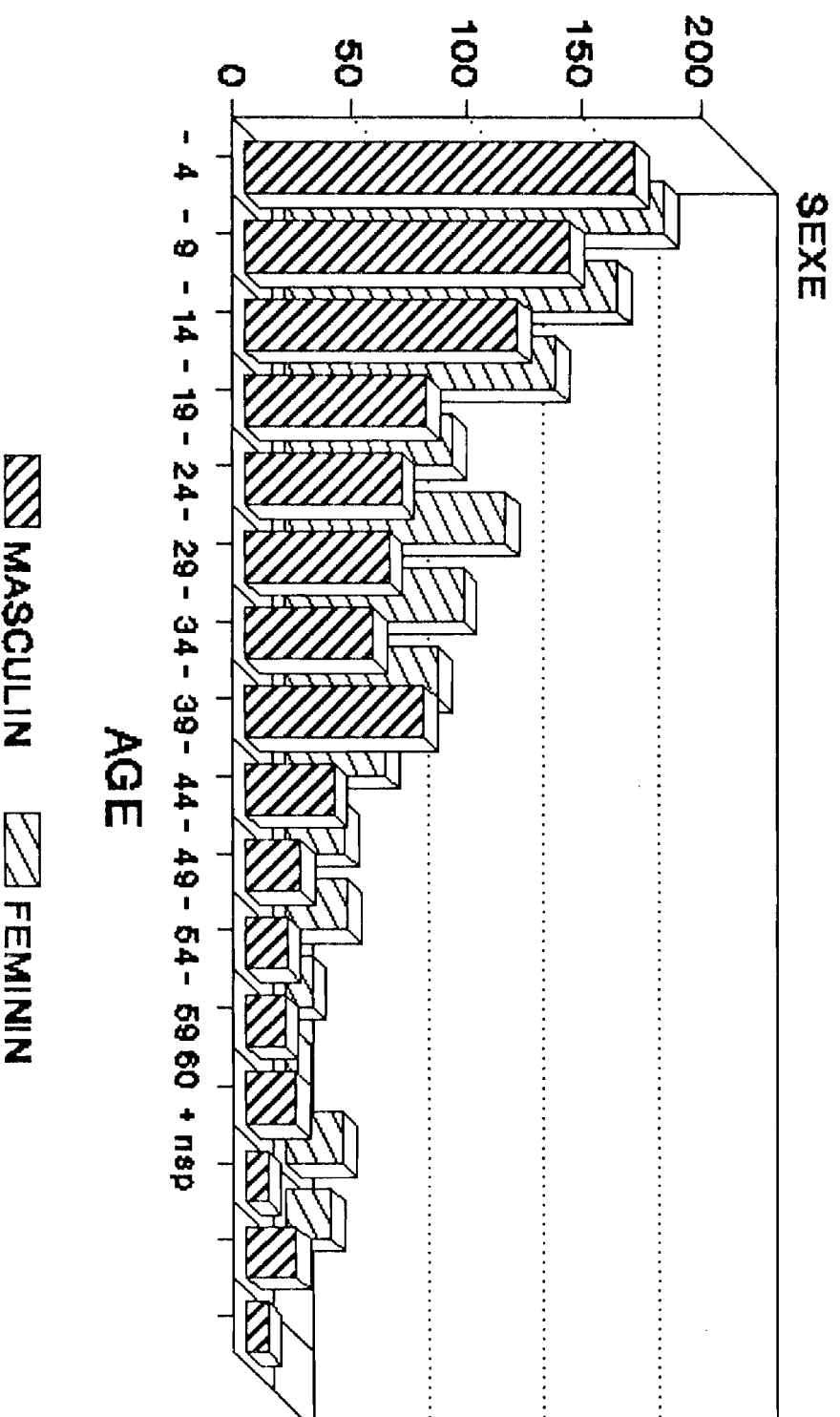
La repartition par sexe donne une proportion équivalent entre les 2 sexes.

**TABLEAU 7 - REPARTITION PAR CLASSE D'AGE**

CLASSE D'AGE (ans)	NOMBRE	%
0 - 9	613	34,9
10 - 24	544	31
25 - 39	368	21
40 ans et plus	205	11,7
Inconnus	28	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>1758</b>	<b>100</b>

Les classes d'âge de 40 et plus ne constitue que 11,7 %, ce qui confirme toute la jeunesse de la population ; car nous savons que 65,9 % de la population a moins de 25 ans.

# REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE ET PAR SEXE



# REPARTITION PAR CLASSE D'AGE

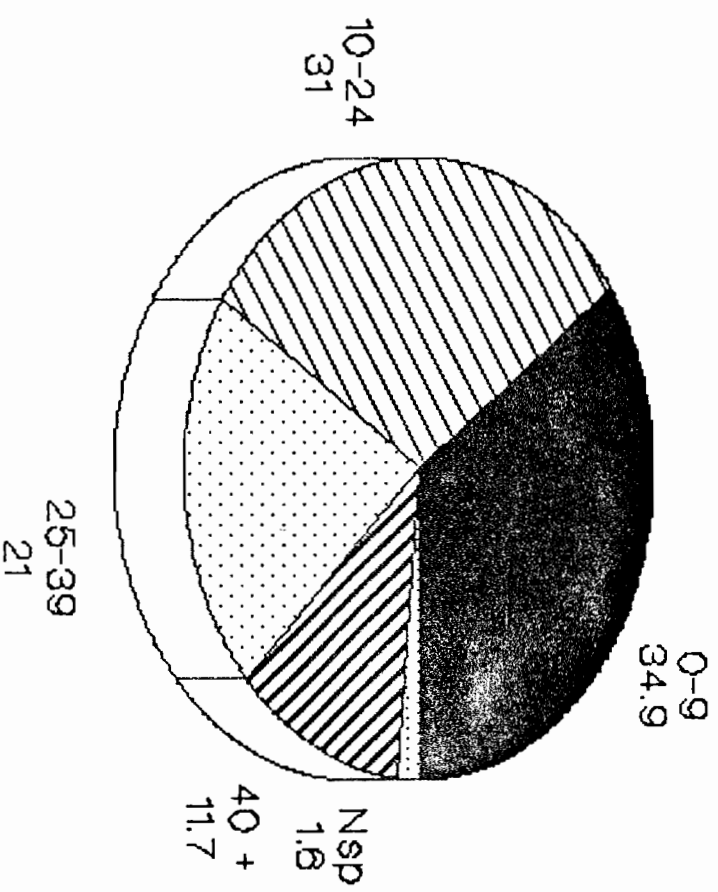


TABLEAU N° 8 - REPARTITION PAR ETHNIE

ETHNIE	NOMBRE	%
BAMANAN	792	45,1
SONINKE	364	20,7
PEULH	187	10,7
DOGON	79	4,5
BOBO	67	3,8
MALINKE	54	3,0
SENOUFO	44	2,5
AUTRES	171	9,7
TOTAL	1.758	100

En tenant compte des cinq premières ethnies les plus nombreuses, l'ethnie bamanan prédomine (45,1%) suivie par ordre décroissant des ethnies soninké (20,7), peuhl (10,7 %), dogon (4,5 %) et bobo (3,8 %). Cette répartition semble être liée aux activités menées par ces différentes ethnies, à leur mode de vie et surtout aux lieux de provenance de la population de Bankoni dont les zones d'origine sont surtout des aires de peuplement bamanan. Le fait que les Soninké forment le 1/5 de la population enquêtée tient au fait que le quartier de Bankoni est généralement choisi par la population de Banamba qui vient à Bamako (zone de peuplement soninke).

TABLEAU 9 - SITUATION MATRIMONIALE

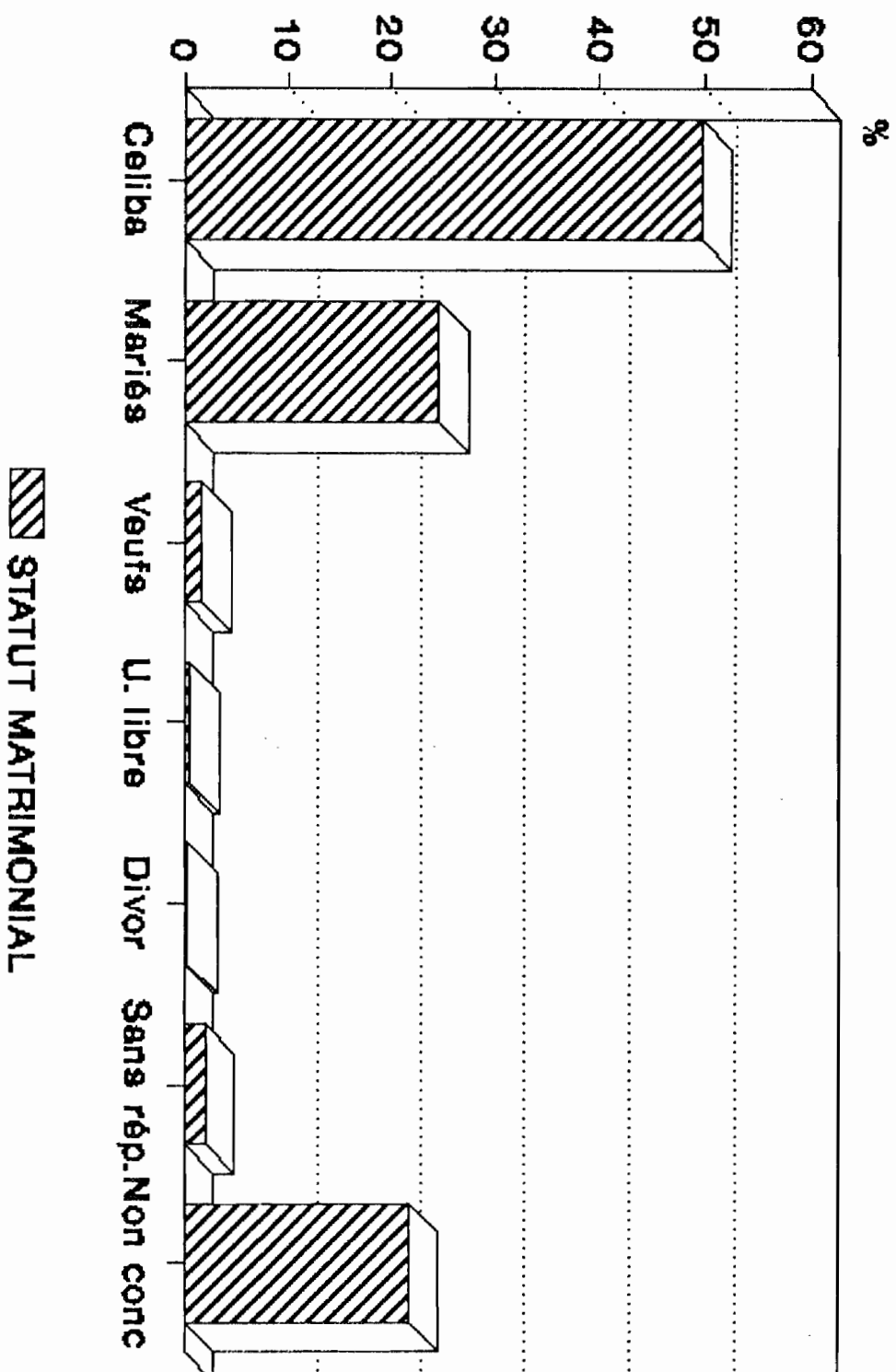
STATUT	NOMBRE	%
CELIBATAIRES	866	49,2
MARIE 1 FEMME	281	16,0
MARIE 2 FEMMES	128	7,2
MARIE 3 FEMMES	27	1,4
VEUFS (ves)	30	1,7
UNIONS LIBRES	9	0,5
SANS REPONSE	28	2
NON CONCERNES	382	21,7
DIVORCES	7	0,3
	1.758	100

La population célibataire (49,8) constitue presque la moitié de la population concernée. Le mariage ayant généralement lieu à partir de 18 ans.

Mais parmi les mariés, les plus nombreux sont monogames de fait sans que cela soit nécessairement le reflet d'une option réelle.

On rencontre quelques rares divorcés (és) et veufs. Le nombre de célibataires reflète ce qui est observé au niveau national, d'après les données du recensement de 1987. Il est en effet connu que les gens se marient de plus en plus tard au Mali, selon une étude de l'Institut du Sahel (Enquête démographique et de santé 1987).

# SITUATION MATRIMONIALE



Graphique 7

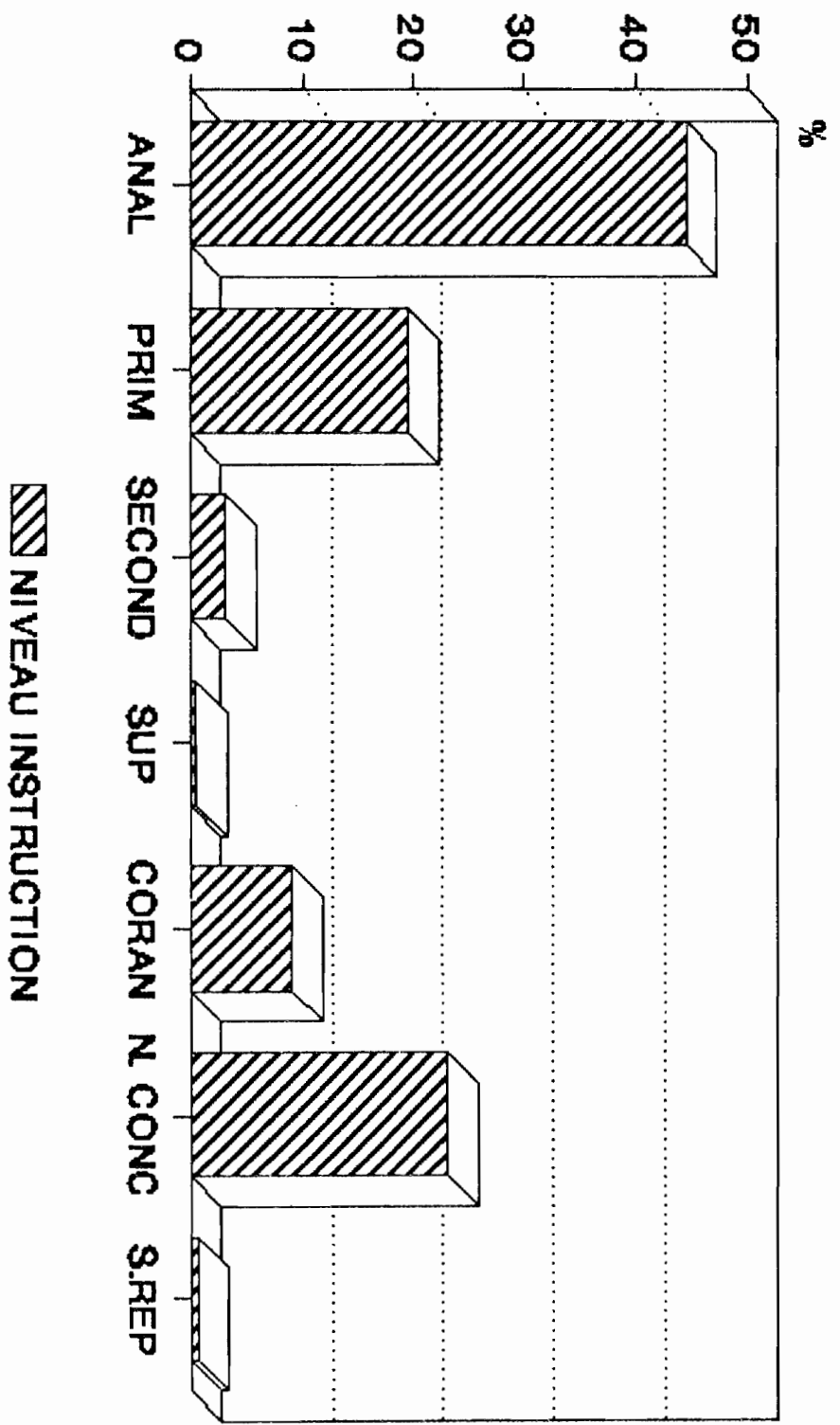
TABLEAU 10 - REPARTITION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	:	TOTAL	:	%
ANALPHABETES	:	785	:	44,6
PRIMAIRE	:	333	:	19,6
SECONDAIRE	:	57	:	3,2
SUPERIEUR	:	9	:	0,5
ECOLE CORANIQUE	:	157	:	9,0
NON CONCERNES	:	407	:	23,1
SANS REPONSE	:	10	:	0,6
TOTAL	:	1758	:	100

La population enquêtée est analphabète (44,6 %). Près de 19 % n'ont pas dépassé le primaire, seulement 0,5 % ont suivi des études supérieures. Ces données ne diffèrent pas fondamentalement de celles des études précédentes. Le taux d'analphabétisme est plus bas à Bankoni que dans l'ensemble de la population du pays qui est de 77 % pour une population de 15 ans et plus (CERPOD 1992). Il est de 54,95% dans le district de Bamako et de 59,76% en commune I. Ces taux sont supérieurs à celui de Bankoni.



# REPARTITION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION



Graphique 8

TABLEAU 11 - REPARTITION SELON LE TYPE D'ACTIVITE

TYPE D'ACTIVITE	TOTAL	%
OCCUPE	449	25,5
QUETE DU 1ER EMPLOI	26	2,5
CHOMEUR	5	0,2
ELEVE	105	6,0
MENAGERE	250	14,2
AUTRES INACTIFS	16	0,9
NON CONCERNES	806	45,9
SANS REPONSE	85	4,8
TOTAL	1758	100

Seulement 25,5 % de la population enquêtée a une activité économique. 14,2 % sont des ménagères.

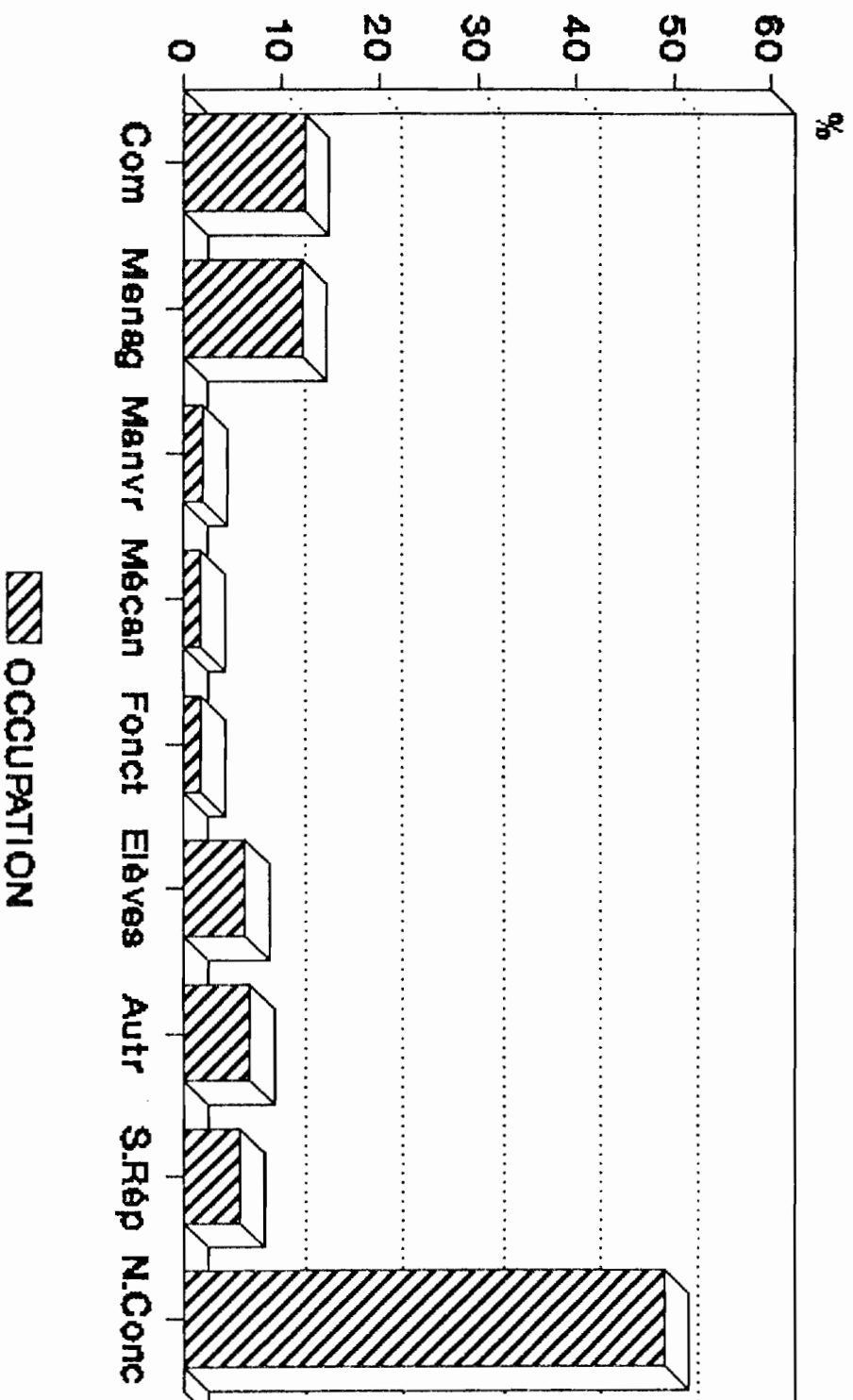
Cette situation est voisine de celle observée en 1989. Ainsi dans les ménages existent une grande proportion de dépendants. Le bas pourcentage des chômeurs peut s'expliquer par le fait que seules ont été considérées, comme chômeurs, les personnes qui ont déjà exercé un emploi pendant une certaine période et qui l'ont perdu. Ainsi les jeunes diplômés n'ont pas été concernés. Par ailleurs, le faible niveau d'instruction explique le faible taux de diplômés en quête de leur premier emploi.

TABLEAU 12: - REPARTITION SELON L'OCCUPATION ACTUELLE

	TOTAL	%
COMMERÇANTS &/OU VENDEURS	250	12,5
ELEVES	109	6,2
MENAGERES	216	12,3
FONCTIONNAIRES	33	1,9
MANOEUVRES OUVRIERS	35	2
MECANICIENS	32	1,8
NON CONCERNES	862	49
AUTRES	121	6,8
SANS REPOSE	100	5,7
TOTAL	<u>1758</u>	<u>100</u>

Près de la moitié de l'échantillon n'avait pas d'activités au moment de l'enquête. Les activités sont variées, plus de vingt et une activités ont été enregistrées; la plus fréquemment rencontrée est le commerce (12,5 %), puis viennent les ménagères. La multitude des activités témoigne de l'importance du secteur informel dans le quartier (mécaniciens, tailleurs, électriciens...).

# REPARTITION SELON L'OCCUPATION ACTUELLE

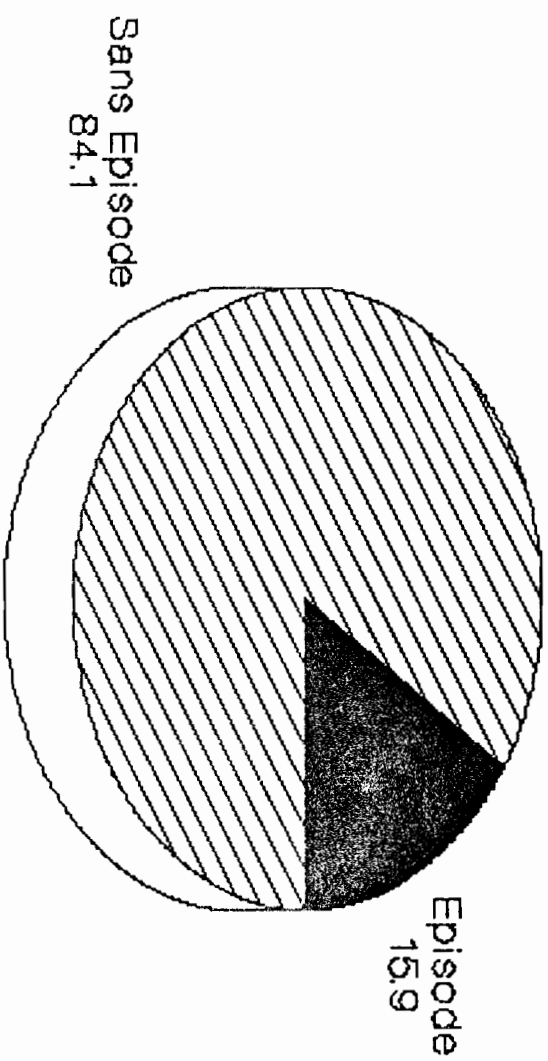


**TABLEAU 13 - REPARTITION PAR EPISODES DE MALADIE**

EPISODES DE MALADIE	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
-----				
EPISODE	:	279	:	15,9
SANS EPISODE	:	1479	:	84,1
TOTAL	:	<u>1758</u>	:	<u>100</u>
	:		:	:

La plupart des enquêtés n'a pas fait d'épisodes de maladie les trois derniers mois qui ont précédé l'enquête: 15,9 % ont été malades contre 84,1 % qui ne l'ont pas été.

# REPARTITION PAR EPISODE DE MALADIE LES 3 DERNIERS MOIS



Graphique 7 10

**TABLEAU 14 - REPARTITION PAR EPISODES DE MALADIE  
PAR SEXE**

EPISODES DE MALADIE	SEXE		TOTAL
	MASCULIN	FEMININ	
EPISODE	135	145	280
SANS EPISODE	746	732	1478
TOTAL	881	877	1758

Parmi la population enquêtée, les hommes qui ont déclarés avoir eu des épisodes de maladies sont moins nombreux que ceux qui n'en ont pas fait. Egalement les femmes qui ont déclaré des épisodes sont moindre par rapport à celles qui n'en n'ont pas déclaré. Par ailleurs les femmes ayant fait des épisodes de maladie sont plus nombreuses que les hommes qui en ont déclaré.

### 3.2 CONNAISSANCE DE L'ASACOBIA PAR LES CHEFS DE MENAGE

Ici nous traitons de la connaissance que les chefs de ménage ont de l'Association de Santé Communautaire de Bankoni: ASACOBIA

TABLEAU 15 - INFORMATIONS SUR ASACOBA

INFORMATION	NOMBRE	POURCENTAGE
AYANT ENTENDU PARLER D'ASACOBA	147	65,3
PAS ENTENDU PARLER D'ASACOBA	72	32,0
SANS REPOSE	6	2,7
TOTAL	225	100

65,3% des chefs de ménage ont entendu parler de l'ASACOBA contre 32,0% qui n'en ont jamais entendu parler. Bien que moins du tiers des chefs de ménage aient répondu à l'enquête, le nombre de ceux qui n'ont jamais entendu parler de l'ASACOBA n'est pas négligeable si on sait que l'association existe depuis trois ans.

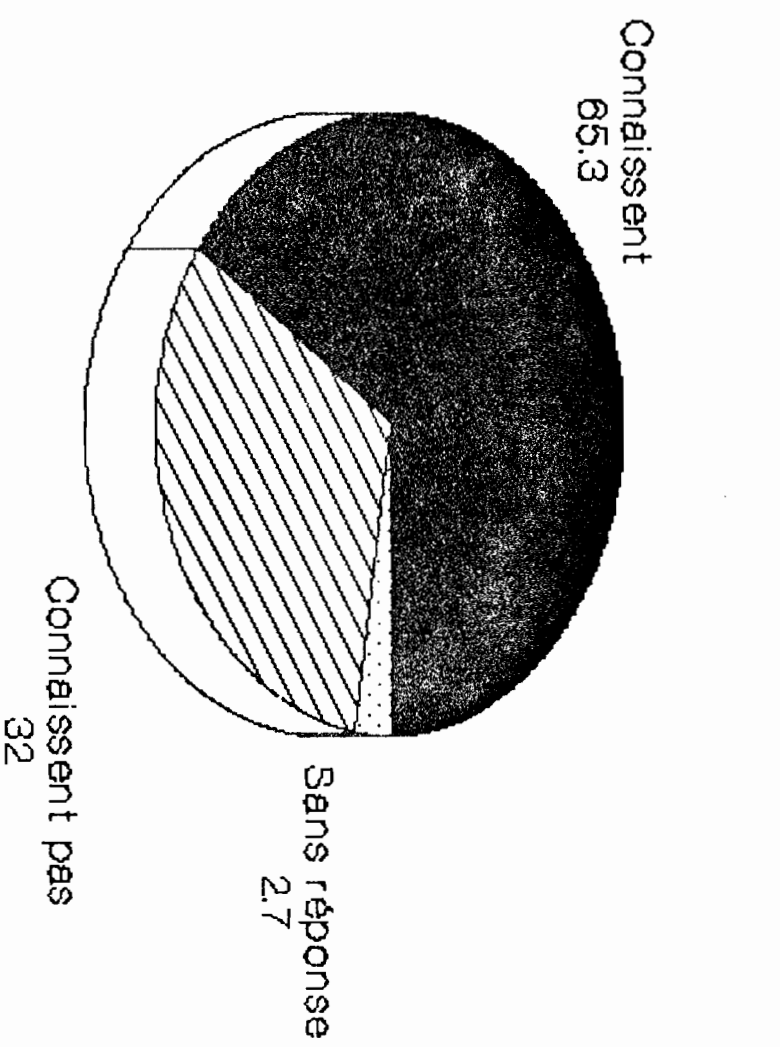
On peut aussi penser que ses membres n'ont pas fourni d'efforts particuliers pour une plus grande information des chefs de ménage et pour une adhésion éventuelle à l'association. On comprend alors que le nombre d'adhésions soit si bas dans l'échantillon. Au niveau du quartier, les adhésions sont au nombre de 872 ménages sur un total de 8.293 ménages. Si on sait qu'il y a en moyenne 1,8 ménages par concession on peut dire que le taux d'adhésion au niveau du quartier est encore plus bas.

Le taux s'élève à 10,5 %.

En somme 10,5 % des chefs de ménage adhèrent contre 89,5 % qui n'adhèrent pas.



# CONNAISSANCE DE L'ASACOBRA PAR LES CHEFS DE MENEGE



Graphique

11

**TABLEAU 16- INFORMATIONS SUR ASACOBÀ PAR SEXE**

INFORMATION	: SEXE :		: TOTAL
	: MASCULIN	FEMININ :	
AYANT ENTENDU PARLER D'ASACOBÀ	: 61	86	: 147
PAS ENTENDU PARLER D'ASACOBÀ	: 36	36	: 72
SANS REPOSE	: 4	2	: 6
TOTAL	: 101	124	: 225

Les femmes ont plus entendu parler d'ASACOBÀ que les hommes. Mais la proportion des femmes n'ayant pas entendu parler de l'ASACOBÀ est plus forte que celle qui en entendu parler. Il en est de même pour les hommes qui n'ont pas entendu parler de l'ASACOBÀ.

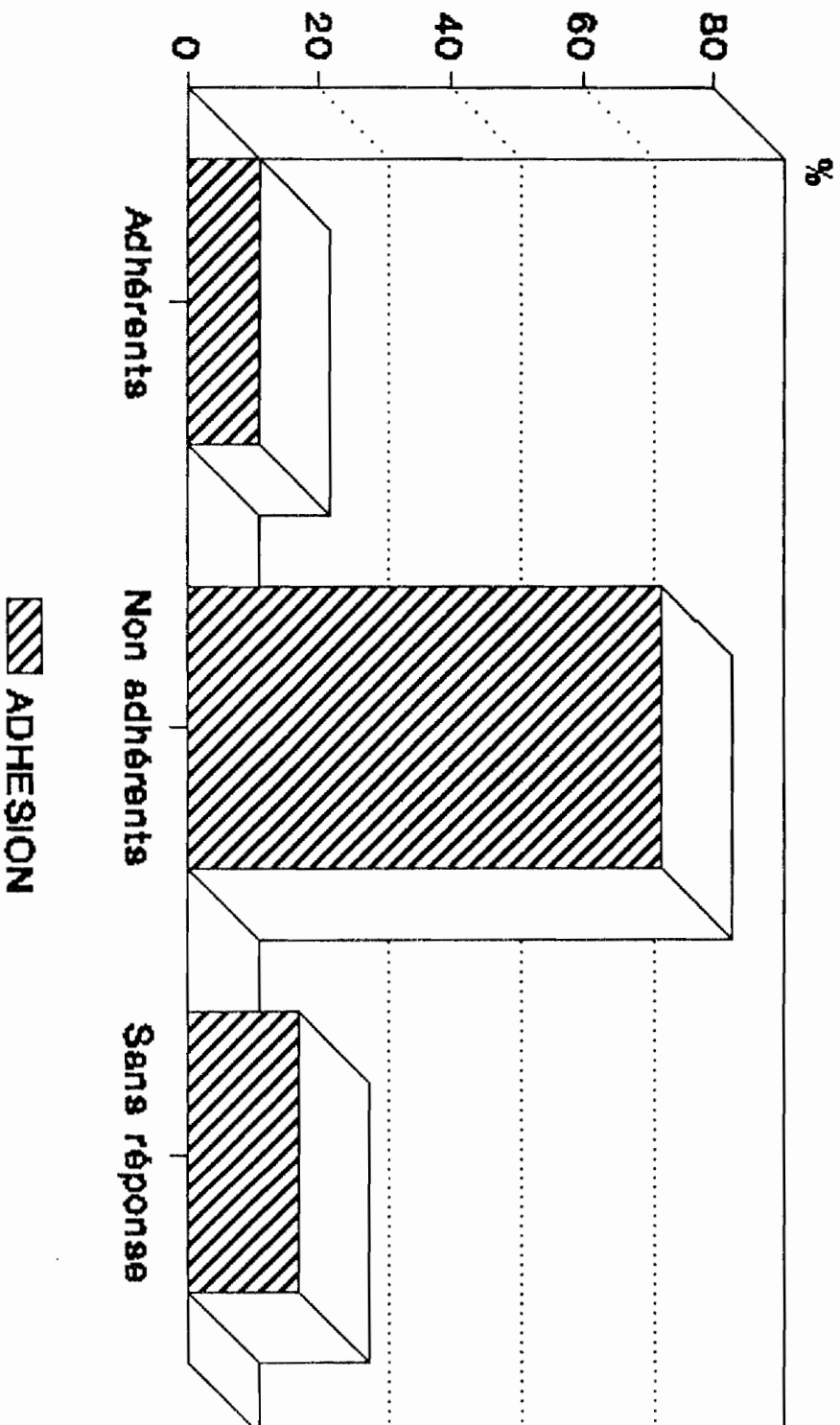
**TABLEAU N° 17 - ADHESION DES CHEFS DE MENAGES**

Nous traitons dans les tableaux qui suivent les populations ayant adhéré à l'ASACOBÀ. Il s'agit des chefs de menages.

POURCENTAGE	: ADHESION :	NOMBRE
ADHERENTS	: 25	: 11,1
NON ADHERENTS	: 162	: 72,
SANS REPOSE	: 38	: 16,9
TOTAL	: 225	: 100

Bien que 65,3 % des chefs de ménages aient été au courant de l'existence de l'ASACOBÀ, seulement 11,1 % y adhèrent. 72 % n'y adhèrent pas et 16,9 % n'ont pas répondu à la question. Ce taux d'adhésion converge avec le nombre d'adhérents inscrits dans le registre d'enregistrement de l'ASACOBÀ. Il y a donc un manque de dynamisme associatif. Les données des registres montrent aussi un taux très bas d'adhésion. Nous reviendrons sur cette question. Mais les adhésions des chefs de ménages n'ont pas été faites la même année comme cela apparaît dans le tableau suivant. Bien que le nombre d'adhésions ne soit pas élevé, ces données ne sont pas sans intérêt.

# ADHESION DES CHEFS DE MENAGES A L'ASACOBIA



Graphique 12

TABLEAU N° 18 - ADHESION DES CHEFS DE MENAGE SELON LE SEXE

POURCENTAGE	SEXE		TOTAL
	MASCULIN	FEMININ	
ADHERENTS	21	17	38
NON ADHERENTS	9	16	25
SANS REPONSE	71	91	162
TOTAL	101	124	225

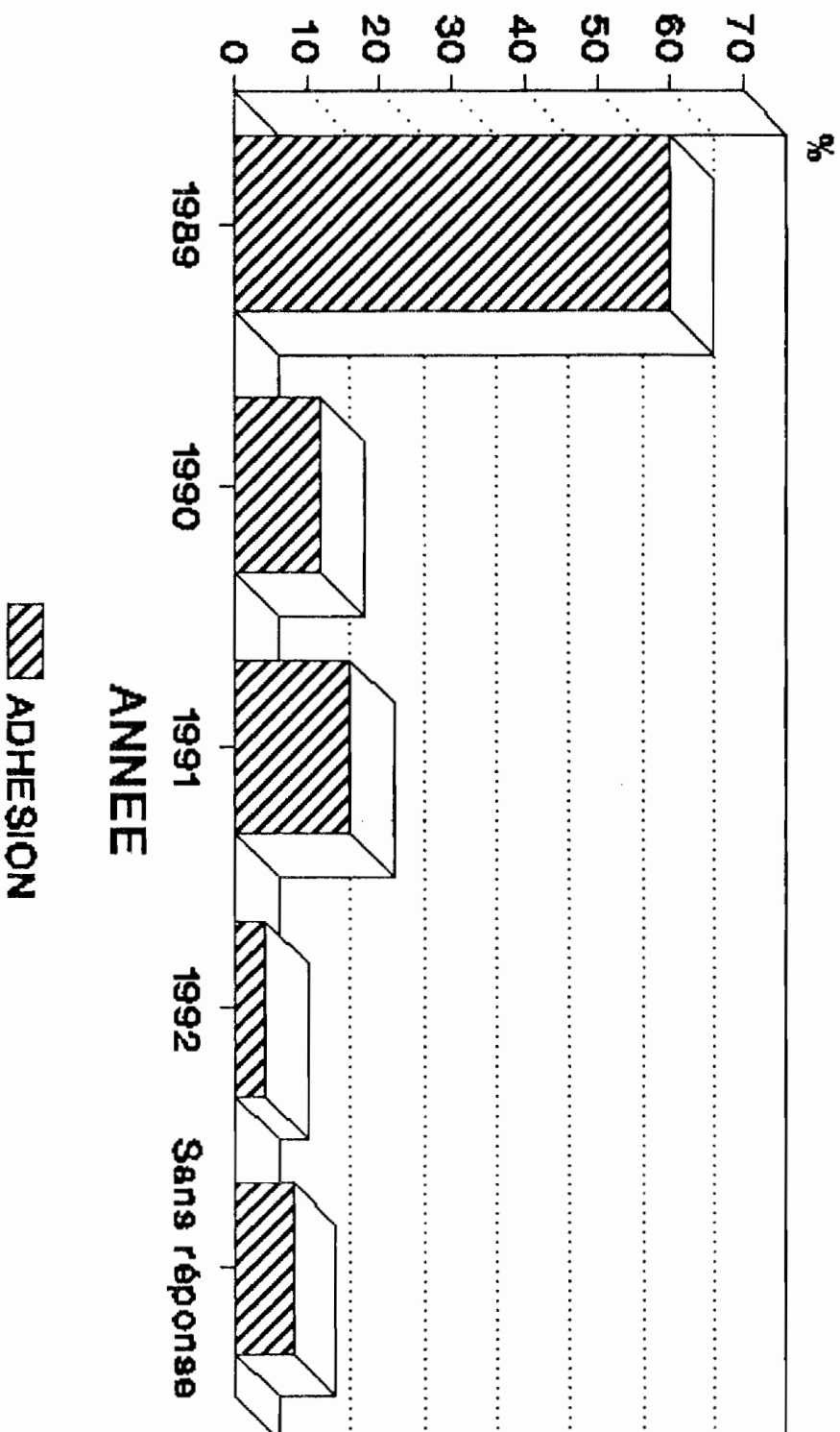
Parmi des chefs de menage qui ont adhéré à l'ASACOPA, les femmes sont les plus nombreuses. Si on sait qu'avant la création de l'ASACOPA, les femmes avaient entrepris la construction d'une maternité on comprend qu'elles soient plus engagées de la promotion d'un centre de santé communautaire

TABLEAU N° 19 - ADHESION SELON L'ANNEE

<u>A N N E E</u>	:	<u>NOMBRE</u>	:	<u>POURCENTAGE</u>
	:	15	:	60
1990	:	3	:	12
1991	:	4	:	16
1992	:	1	:	4
SANS REPONSE	:	2	:	8
	:		:	
TOTAL	:	<u>25</u>	:	<u>100</u>

A la première année, l'adhésion a été relativement forte (60%). L'engouement des premiers moments a été affecté et le rythme des adhésions s'est estompé. En 1992, il n'y a eu que 4% des adhésions enregistrées. Ces données confirment la tendance constatée dans les chiffres avancés par les documents officiels de l'ASACOB. En effet c'est en 1989 que l'association a connu le plus grand nombre d'adhésions (657) soit 75,3%.

# EVOLUTION DE L'ADHESION DES CHEFS DE MENAGE



Graphique no 13

**TABLEAU 20 REPARTITION DES ADHERENTS PAR SECTEUR/AN**

Ce tableau donne la repartition des chefs de menages adhérents à l'ASACOBBA en fonction de leur secteur de provenance.

ANNEEE	F	S	L	P	D	Z	TOTAL
1989	344	48	51	95	41	78	657
1990	49	6	7	24	8	21	108
1991	11	1	4	10	4	9	39
1992	25	11	7	5	9	11	68
TOTAL	422	66	69	134	62	119	872

Tous les secteurs également ont connu une adhésion plus importante durant la première année (1989) qu'en 1992, pour connaître une reprise d'adhésion entre 1991 et 1992.

Le secteur de Flabougou a connu le plus d'adhésion (422) ; tandis que le secteur de Dianguinebougou enregistra le moins d'adhésion (62). La différence est très importante (360), soit le 1/6. Ces données aboutissent aux mêmes résultats que l'enquête effectuée qui a montré que seulement 11,1% des chefs de ménage adhèrent à l'ASACOBBA.

Si on reporte les adhésions au nombre de menages par secteur, on aboutit aux mêmes conclusions. En effet le taux d'adhésion est le plus élevé à Flabougou 19% contre 3,5% à Dianguinebougou. Le taux d'adhésion à Layebougou est de 6,9% , celui de Plateau est de 6,8%. Salembougou et Zeguenekorobougou ont respectivement un taux d'adhésion de 6,3% et 6%.

En considérant le nombre d'adhérents et le nombre de chefs de ménage du quartier, on constate que 7421 n'y ont pas adhéré soit 89,5 %. Sachant que le centre de santé de l'ASACOBBA se trouve à Flabougou, on comprend alors que la distance, la proximité aient joué un rôle dans l'adhésion, le quartier de Dianguinebougou étant le plus éloigné.

Si nous considérons la manière dont les chefs de ménage ont pris connaissance de l'existence de l'association, nous nous apercevons que les membres ou responsables de l'association n'y ont pas joué un rôle important comme cela apparaît dans le tableau suivant. Cela confirme ce que nous avons dit plus haut concernant le dynamisme associatif de l'ASACOBBA.

# REPARTITION DES ADHERENTS PAR SECTEUR ET PAR AN

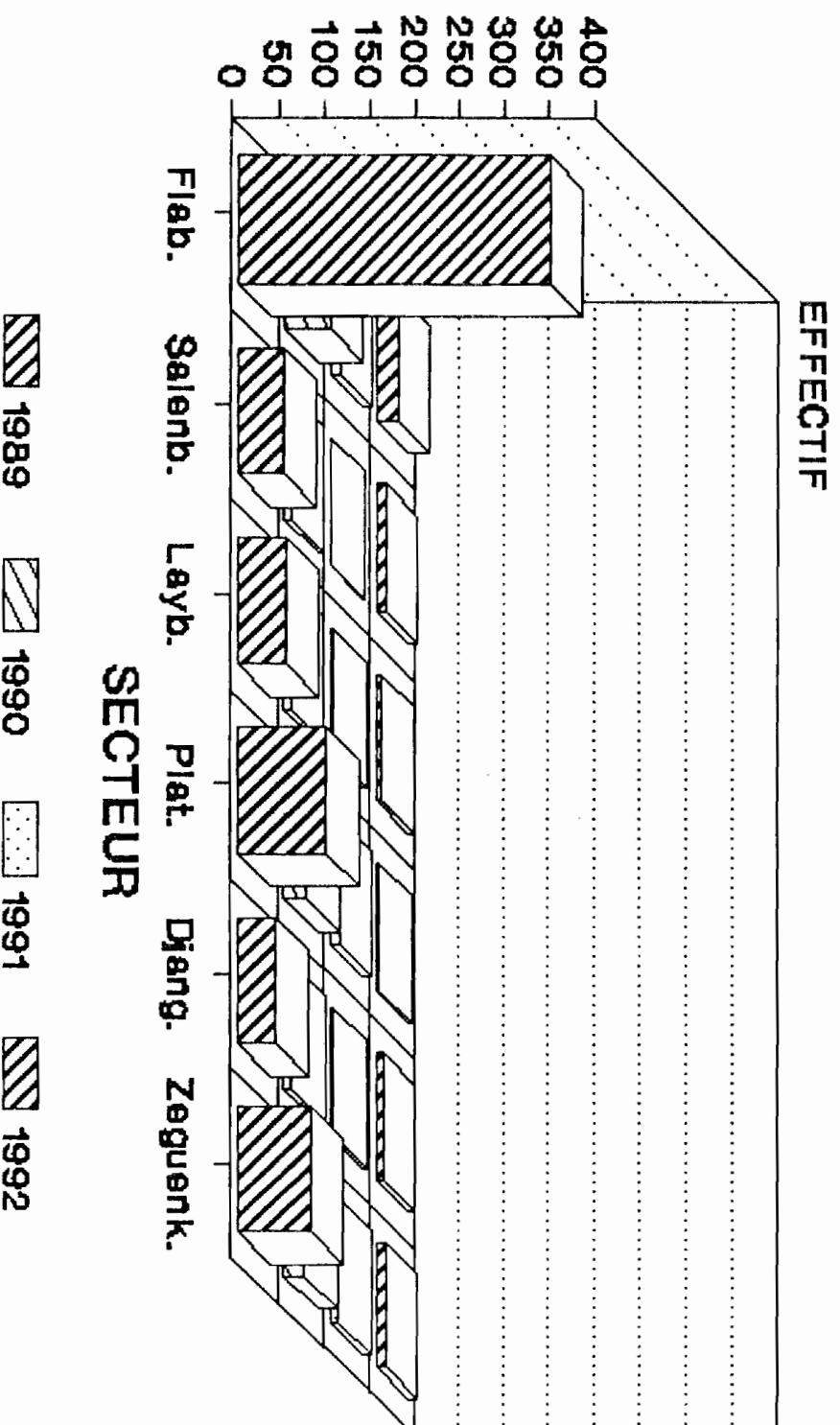




Tableau 21 : REPARTITION SELON LA SOURCE QUI A PERMIS  
DE CONNAITRE L'ASACOB

MODE DE CONNAISSANCE	NOMBRE	POURCENTAGE
PAR UN PARENT	20	13,6
PAR UN AMI	23	15,6
PAR UN PARENT 1 UN AMI	24	16,3
PAR UN RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION	5	3,4
PAR UN MEMBRE DE L'ASSOCIATION	6	4
PAR LE PERSONNEL DU CENTRE	5	3,4
AUTRES	29	19,7
SANS REPONSE	26	17,7
T O T A L	147	100

L'adhésion à l'ASACOB est liée à l'information de "bouche à oreille", comme l'attestent également des études précédentes (INRSP 87), car 16,3% des personnes ont entendu parler de l'ASACOB à travers leurs parents et amis à la fois. Ce taux est le plus élevé, ensuite 15,6% ont entendu parler de l'ASACOB à travers seulement leurs amis. Nous constatons que les responsables de l'association du centre de santé ainsi que les membres de l'association ont fourni peu d'efforts d'information pour faire connaître l'ASACOB.

Ceci dénote le fait qu'il n'y ait pas beaucoup d'adhésions, ni de militantisme au sein de l'association autour de l'ASACOB. Les membres de l'association se contentant du rôle institutionnel, qui n'est pas toujours joué. En effet, les rencontres institutionnelles entre les membres de l'association n'ont jamais été régulières. L'information circulant très peu entre les membres, on comprend qu'il n'en soit pas de même pour la population du quartier. Cependant le tarif n'est pas un handicap à l'adhésion.

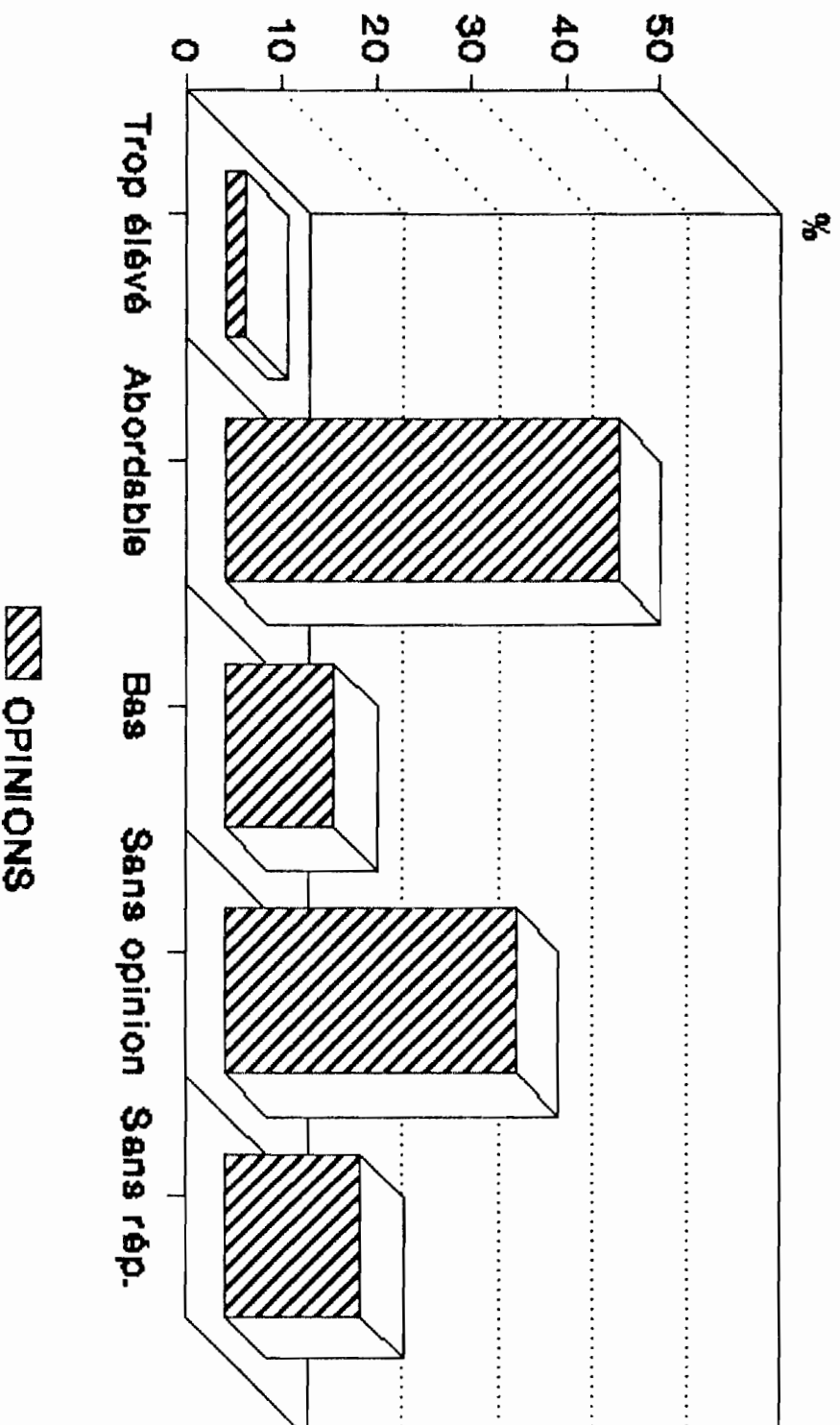
**TABLEAU 22 REPARTITION SELON L'AVIS SUR LE TARIF D'ADHESION**  
**AVIS**

	NOMBRE	POURCENTAGE
Trop élevé	3	2,0
Abordable	61	41,5
Bas	17	11,5
Sans opinion	45	30,6
Sans réponse	21	14,3
TOTAL	147	100

41,5 % des personnes qui ont entendu parlé de l'ASACOBBA déclarent que les tarifs sont abordables. Seulement 2 % le jugent trop élevé et 11,5 % pensent que le tarif est bas. Le tarif de l'association ne constitue donc pas un obstacle majeur à l'adhésion surtout avec les avantages qu'offre cette adhésion.

En effet en payant 500 F par an, un ménage adhère à l'association et pour toute consultation d'un de ses membres, paie 300 FCFA. Les médicaments prescrits lorsqu'ils sont disponibles à la pharmacie, coûtent quatre fois moins chers que dans les pharmacies car étant en DCI. C'est pourquoi l'avantage le plus perçu de l'Association est le coût peu élevé de la consultation, des soins et des médicaments comme l'indique le tableau suivant.

# AVIS DES ENQUETES SUR LE TARIF D'ADHESION



Graphique / 75

**TABLEAU 23 - REPARTITION DES ADHERENTS SELON LES AVANTAGES QU'ILS TIRENT DE L'ASSOCIATION**

AVANTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
soins moins chers	18	69,2
famille toujours soignée	2	7,7
médicaments moins chers	2	7,7
pas de longs déplacements	4	15,4
<b>T O T A L</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

69,2 % des adhérents à l'ASACOBA trouvent comme avantage le fait que les soins soient moins chers et 15,4 % déclarent que la distance n'est pas longue à parcourir pour arriver au centre de santé. Il y a un amalgame entre l'ASACOBA et le centre de santé ASACOBA. Les personnes enquêtées ne différencient pas les activités de l'association de celles du centre de santé.

**TABLEAU 24 - REPARTITION SELON L'AVANTAGE SOUHAITE**

AVANTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
soins moins chers	13	5,8
hospitalisation	2	0,9
prescription médicaments disponibles	3	1,3
agrandissement du centre	4	1,8
sensibilisation	2	0,9
sans réponse	201	89,0
<b>T O T A L</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

89% des personnes enquêtées n'ont pas donné de réponse. 5,8 % souhaitent que les soins soient moins chers, tandis que 1,8 % veulent l'agrandissement du centre. En sachant que 89,5 % de la population n'adhèrent pas à l'association et que 66,4 % ignorent les démarches à effectuer pour être membre, on comprend que 89 % ne sachent pas ce que l'association peut leur apporter. Aussi les réponses qui veulent l'agrandissement du centre, la prodigation de soins moins chers ou l'introduction de l'hospitalisation proviennent de gens qui confondent les activités du centre et celles de l'association. L'ASACOBA est réduite au centre de santé qui est sa création et constitue une de ses activités évidemment pas la moindre. Le fait que dans l'ensemble, les enquêtés ne répondent pas à cette question est le reflet du manque d'information et ou d'intérêt.

**TABLEAU 25 - REPARTITION SELON LE RESULTAT D'INTERVENTION POUR FAIRE ADHERER A L'ASACOB**

ADHESION SUR PROPOSITION	NOMBRE	POURCENTAGE
ADHESION INDUITE	29	19,7
ADHESION NON INDUITE	66	44,9
SANS REPONSE	52	35,4
<b>TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

Seulement 19,7 % ont fait adhérer des personnes à l'association. 25 adhérents ont induit l'adhésion de 29 personnes; dans 44,9 % des cas d'intervention d'adhésion n'ont pas conduit à l'adhésion, 35,4% n'ont donné aucune réponse.

Ce qui nous amène à faire les hypothèses suivantes :

Certains enquêtés, après avoir entendu parler de l'association auraient informé des personnes qui y auraient adhéré. On sait que le personnel médical du centre n'est généralement pas adhérent de l'association. Mais des personnes y ont adhéré à partir de l'information donnée par le personnel.

Pour ces 29 personnes il peut s'agir du fait qu'elles aient fait venir des gens au centre de santé étant entendu que peu d'entre ceux - ci font la différence entre l'ASACOB et le centre.

8.293 ménages ont été recensés dans le quartier en 1987. Le faible taux d'adhésion apparaît aussi à travers les archives du centre de santé.

**TABLEAU 26 - SOUHAIT DE PARTICIPATION A LA VIE DE L'ASSOCIATION**

SOUHAIT DE PARTICIPATION	NOMBRE	POURCENTAGE
souhaite participer	78	34,7
ne souhaite pas	33	14,7
sans réponse	114	50,6
<b>T O T A L</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

34,7 % des chefs de ménage souhaitent participer à la vie de l'association contre 14,7 % qui ne le souhaitent pas.

La proportion de personnes n'ayant pas répondu à la question est très élevée (50,6 %). Cette information est essentielle. Elle traduit, en effet, le fait qu'ils n'ont pas d'information sur l'association et partant ils ne peuvent se décider à s'y impliquer. Cette indifférence affichée est peut être le résultat d'une autre indifférence : attitude des membres de l'association pour l'action qu'ils mènent et gèrent ; très peu de chefs de ménages qui ont entendu parler de l'association ont été informés par un membre ou un responsable de celle - ci. Leur participation est de droit, formelle, mais pas de fait. Cette situation n'est pas sans incidence sur l'association et sur sa dynamique.

**TABLEAU 27 - RAISON DE LA PARTICIPATION A L'ASSOCIATION**

RAISONS	NOMBRE	POURCENTAGE
qualité des soins	39	50
bon travail	25	32,05
servir les autres	3	3,84
renforcer la vie de l'association:	11	14,10
<b>T O T A L</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

50 % de la population enquêtée qui adhère à l'association est motivée par la qualité des soins, 32,05 % trouvent que le travail est bien fait au niveau du centre de santé. Ces réponses constituent plus une appréciation du centre que de l'association. Cela découle du fait que le centre et l'ASACOBBA sont confondus pour beaucoup de gens qui ne font aucune différence entre le centre, produit de l'association et l'association elle-même. L'adhésion à l'association est plus motivée par le bénéfice des prestations du centre que par une volonté de vie associative

**TABLEAU 28 - TENTATIVE D'ADHESION**

TENTATIVE	NOMBRE	POURCENTAGE
ont tenté d'adhérer	41	18,2
n'ont pas tenté	122	54,2
pas de réponse	62	27,6
<b>T O T A L</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Seulement 18,2 % de la population enquêtée a tenté d'adhérer à l'association contre 54,2 % qui n'ont pas tenté et 27,6 % qui n'ont pas exprimé d'avis;

Etant donné que 66,4 % de la population enquêtée ignore les démarches à entreprendre, on comprend que 54,2 % n'ont pas tenté d'y adhérer.

**TABLEAU 29 - OBSTACLES A L'ADHESION**

OBSTACLES	: NOMBRE	: POURCENTAGE
siège inconnu	: 8	: 6,6
ignorance des démarches	: 21	: 66,4
complication de la procédure d'adhésion	: 6	: 4,9
autres	: 14	: 11,5
sans opinion	: 13	: 10,7
T O T A L	: 122	: 100

Parmi ceux qui n'ont pas tenté d'adhérer à l'association 66,4 % ne l'ont pas fait à cause de l'ignorance des démarches administratives ; 6,6 % des enquêtés ne connaissent pas le siège de l'association 4,9 % évoquent la complexité de la procédure d'adhésion 11,5 % ont donné des raisons diverses ; tandis que 10,7 % n'ont pas exprimé leur opinion. Il y a là aussi un manque d'information sur l'association ; ce qui témoigne du peu de dynamisme de ses responsables.

Une information correcte aurait permis à ceux qui veulent adhérer de connaître toutes les démarches à effectuer. Cette méconnaissance joue certainement un rôle dans la faible adhésion, ceci confirme le fait que 89,5 % des chefs de ménages de Bankoni n'ont pas adhéré à l'association comme l'atteste le registre des adhérents disponibles au Centre de Santé.

### 3.3 CONNAISSANCE ET OPINIONS DE LA POPULATION ADULTE ENQUETEE SUR LE CENTRE DE SANTE

TABLEAU 30 - FORMATION SANITAIRE CITEES A BANKONI PAR LES ENQUETES

FORMATION SANITAIRE	NOMBRE	POURCENTAGE
ASACOBBA	427	57,6
clinique O L P	9	1,2
clinique soins Tounkara	134	18,1
ASACOBBA + cabinet soins Tounkara	134	18,1
sans réponse	11	1,5
autres	26	3,5
T O T A L	741	100

Parmi les formations sanitaires citées par la population enquêtée, ASACOBBA apparaît en tête 57,6 %, suivie du cabinet de soins infirmiers de Tounkara (18,1 %).

Le centre de santé de Bankoni devance de loin celui de l'O.L.P. dont la naissance avait préoccupé, en son temps, la majeure partie du personnel du Centre de Santé de Bankoni et les membres de l'association.

Le fait que le centre de santé soit plus connu peut être dû au fait qu'il a bénéficié d'une plus grande couverture médiatique, dès son ouverture et que les clients donnent à leurs proches des informations sur ses prestations ; mais on sait que les membres de l'association n'ont guère contribué à le faire connaître. Ni le personnel, ni les membres ou responsables de l'association n'ont contribué, de manière significative, à faire connaître le centre comme cela apparaît dans le tableau suivant.



**TABLEAU 31 - MODE DE CONNAISSANCE DU CENTRE DE SANTE DE Bankoni**

MODE DE CONNAISSANCE	NOMBRE	POURCENTAGE
amis	122	16,5
parents	150	20,2
amis + parents	59	8,0
membres de l'ASACOBBA	13	1,8
parents et membres de l'ASACOBBA	11	1,5
personnel	49	6,6
amis et personnel	24	3,2
parents = personnel	20	2,7
responsables de l'ASACOBBA	12	1,6
autres	168	22,7
sans réponse	106	14,3
T O T A L	741	100

Ce sont surtout les parents qui ont informé les enquêtés sur l'existence du centre, ensuite viennent les amis. Ainsi l'information circule dans un réseau de solidarité constitué par les parents et les amis.

Seulement 1,6 % des enquêtés ont été informés par un responsable de l'association, ce qui confirme ce dont nous avons déjà dit à propos de l'implication des membres et responsables de l'association dans les activités de sensibilisation qui doivent être parmi leurs tâches prioritaires.

La population de Bankoni préoccupée par ses problèmes de santé a découvert le centre de santé essentiellement dans les rapports sociaux (amitié, parenté). L'information a plutôt circulé de "bouche à oreille". Le mode de connaissance du centre par les parents est estimé à 20,2 % et des amis à 16,5 %. Les autres modes de connaissance qui s'élèvent à 22,7 % sont la combinaison des différentes variables (ami, parent, personnel, responsables et membres de l'association).

Par contre, l'apport des responsables de l'association (1,6 %), des membres de l'association, (1,8 %) et du personnel du centre (6,6%), dans la connaissance du centre de santé est infime. L'attitude peu active des responsables et des membres de l'association dans l'information des populations, constatée au niveau de l'adhésion à l'ASACOBBA se trouve confirmée au niveau du centre de santé.

**TABLEAU 32- PRESTATIONS DU CENTRE CITEES PAR LES ENQUETES**

Ce tableau fait état de différentes prestations connues par la population enquêtée.

PRESTATIONS	NOMBRE	POURCENTAGE
consultation prénatale + )		
consultation médicale + )		
accouchement + ) A	210	33,0
vaccination + )		
médicament + )		
soins infirmiers )		
A + intervention chirurgicales	51	8
A + analyse	114	18,0
A - soins infirmiers	40	6,3
autres	201	31,7
sans réponse	19	3,0
T O T A L	635	100

Les prestations du centre de santé qui sont les consultations prénatales, médicales, les soins infirmiers, les accouchements, la vaccination et le service de médicaments sont connues de 33 % de la population enquêtée.

A ces prestations s'ajoutent les analyses de laboratoire pour 18 %, 8 % des personnes enquêtées estiment qu'en plus de ces prestations, le centre offre un service chirurgical. Les autres prestations qui sont la traduction de la combinaison des différentes prestations constituent 31,7 %. 3 % n'ont pas répondu à la question, tandis que 6,3 % ne connaissent que les premières prestations élaguées des soins infirmiers. L'information qui inclut le service chirurgical dans les activités du centre de santé témoigne d'une méconnaissance de toutes les prestations du centre. Car nous savons qu'il n'y a pas de chirurgie au Centre de Santé de Bankoni.

**TABLEAU 33 - REPARTITION SELON LE RECOURS AU CENTRE DE SANTE**

RECOURS	NOMBRE	POURCENTAGE
ont eu recours	192	25,9
n'ont pas eu recours	515	69,5
sans réponse	34	4,6
<b>T O T A L</b>	<b>741</b>	<b>100</b>

25,9 % des personnes enquêtées ont eu recours au Centre de Santé de Bankoni, tandis que 69,5 % n'ont pas eu recours. Le taux de fréquentation des formations sanitaires au Mali étant, dans les villes où il y a l'hôpital de 26,06 %, on peut alors dire que le Centre de Santé d'ASACOBBA est relativement bien fréquenté.

**TABLEAU 34 - REPARTITION SELON LES PRESTATIONS BENEFICIEES POUR CEUX QUI ONT EU RECOURS AU CENTRE DE SANTE DE BANKONI**

TYPE DE PRESTATIONS	EFFECTIF	POURCENTAGE
consultations médicales	32	16,7
vaccinations	32	16,7
accouchements	26	13,5
consultations médicales + soins infirmiers	20	10,4
soins infirmiers	21	11
accouchements + vaccinations	13	6,7
consultations prénatales	4	2
prénatales + médicales	2	1
autres	38	19,8
sans réponse	4	2
<b>T O T A L</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Les autres prestations qui résultent de la combinaison des différents éléments constitutifs des activités menées au centre s'élèvent à 19,8 %. Parmi les différentes prestations dont bénéficient les gens qui ont eu recours au Centre de Santé de Bankoni, les consultations médicales (16,7 %) et la vaccination 16% dominant, suivies des accouchements 13,5 %. Les soins infirmiers ont été donnés à 11 % de la population enquêtée.

En observant les taux des consultations prénatales des accouchements, de la vaccination et des accouchements associés à la vaccination, on constate que le Centre de Santé offre plus de service à la population féminine et enfantine.

Ce taux sera davantage élevé quant on sait que les autres prestations (consultations médicales et soins infirmiers) n'excluent ni les femmes ni les enfants. Ceci confirme les rapports du médecin-chef (rapport 92) qui disent que le centre de Bankoni est principalement celui de "la mère et de l'enfant".

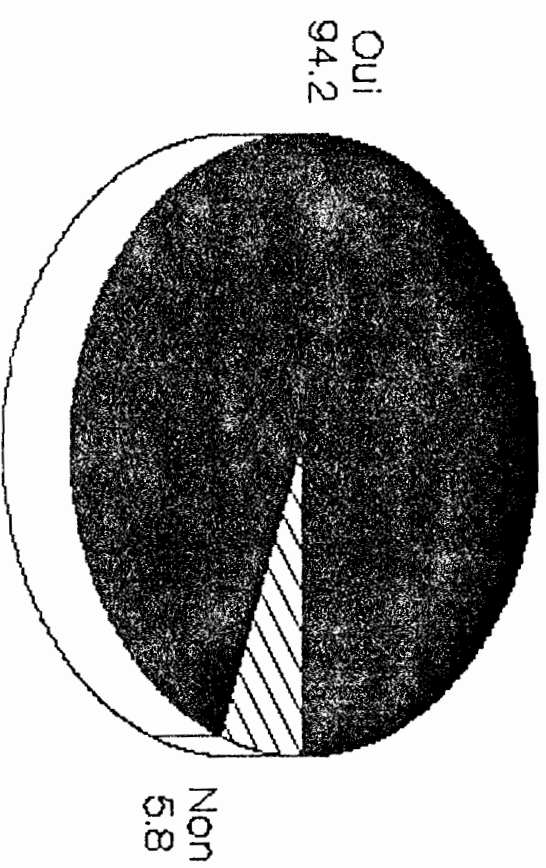
**TABLEAU 35 - DISPONIBILITE A RETOURNER AU CENTRE**

DISPONIBILITE	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
-----	:	-----	:	-----
sont disposés à y retourner	:	181	:	94,2
non disposés	:	11	:	5,8
T O T A L	:	192	:	100

94,2 % des personnes ayant eu recours au centre sont disposés à y retourner contre seulement 5,8 %. Ceci atteste de l'utilité du Centre de Santé de Bankoni pour les populations.

Cette disponibilité de retourner au centre de santé est le signe d'une satisfaction des prestations dont les enquêtés ont bénéficié ou de l'accueil. Cependant cet accueil ne semble pas avoir été perçu de la même manière par tous cf tableau 30. Aussi ces personnes constituent des sources d'information pour les autres. On comprend alors que les parents et les amis soient surtout ceux qui ont informé les enquêtés sur l'existence du centre.

# DISPONIBILITE A RETOURNER AU CENTRE



**TABLEAU 36 - RAISON DE LA DISPONIBILITE A RETOURNER**

Nous évoquons dans ce tableau les raisons qui ont motivé la population enquêtée à retourner au centre de santé.

RAISON	NOMBRE	POURCENTAGE
tarif abordable	7	3,4
accueil personnel	9	5,0
tarif + accueil	6	3,3
disponibilité du personnel	1	0,6
médicaments moins chers	4	2,4
proximité	29	16,0
accueil + proximité	15	8,3
proximité + médicaments chers	8	4,8
sans opinion	5	2,7
autres	98	54,1
<b>T O T A L</b>	<b>181</b>	<b>100</b>

La combinaison des différentes raisons de la disponibilité des populations enquêtées à y retourner, exprimée dans le volet "Autres" s'élève à 54,1%. Dans la rubrique autres se trouvait une variété de modalités de réponses dont la plupart étaient des combinaisons des modalités de réponses figurant dans le tableau. Ce taux est suivi par celui de la proximité 16 % ; mais 8,3 % des populations enquêtées évoquent les raison de bon accueil du personnel associé à la proximité. Le bon accueil de personnel est évoqué par 5 % et 3,3 % parlent de l'accueil associé au tarif abordable tandis que ceux qui pensent que le bas tarif les pousse à venir représentent 3,4 %.

**TABLEAU 37 - RAISONS EVOQUES PAR CEUX QUI NE SONT PAS DISPOSES A Y RETOURNER**

Ce tableau fait état des obstacles qui empêchent les enquêtés à retourner au centre.

RAISON	NOMBRE	POURCENTAGE
mauvais accueil	5	45
éloignement	1	10
sans réponse	5	45
<b>T O T A L</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

45% de la population qui ne désire plus retourner au Centre de Santé évoque le mauvais accueil, 45% n'ont donné aucune réponse et 10% parle de l'éloignement.

Il n'y a que 11 enquêtés qui n'envisagent pas de retourner au centre. Ces personnes ne représentent que 4,9 % de celles desirant participer à la vie de l'association. Mais ce taux n'est pas négligeable puisque ces personnes vont aussi donner l'information sur le centre. Sachant que les membres, les responsables de l'association ne fournissent pas d'effort pour faire connaître le centre de santé, toute la force alors de ce centre reposera sur la qualité de ses prestations, étant donné qu'il a deux atouts déjà soulignés par les enquêtés : proximité et moindre coût. Que tous les clients participent à la sensibilisation pour faire connaître davantage le centre de santé tient donc à leur satisfaction des prestations dont ils ont bénéficié. C'est pourquoi, bien que presque tous soient disposés à y retourner, les raisons évoquées par ceux qui ne voudraient plus y venir doivent être mieux analysées en vue d'une stratégie d'information.

#### 3.4 CONNAISSANCE ET OPINIONS DES MÈRES SUR LES PRESTATIONS MATERNELLES ET INFANTILES

**TABLEAU 38 : CONSULTATION PRÉNATALE A LA DERNIÈRE GROSSESSE**

CONSULTATION PRÉNATALE	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
-----	:	-----	:	-----
ont consulté	:	208	:	68,6
n'ont pas consulté	:	95	:	31,4
T O T A L	:	303	:	100

68,6% des femmes, pendant leur grossesse, ont effectué une consultation prénatale contre 31,4 %.

Sur les 303 mères enquêtées ; 182 ont eu leur dernière grossesse entre 1989 et 1992 soit 60,1 %. Le taux de femmes de l'échantillon ayant fait une consultation prénatale dépasse celui des mères ayant accouché sans avoir fait de visite prénatal. Ce taux s'élève seulement à 38 % au plan nationale. La plupart des femmes accouchent soit chez les accoucheuses traditionnelles 30 % soit sans aucun recours à un personnel spécialisé (traditionnel ou moderne) seulement 32 % vont à la médecine moderne (19).

**TABLAU 39 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRENATALES**

NOMBRE DE FOIS	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
1	:	12	:	5,7
2	:	31	:	15,0
3	:	35	:	16,8
4	:	112	:	53,8
5	:	8	:	3,8
<hr/>				
T O T A L	:	208	:	100

De la première à la quatrième consultation prénatale, (de 5,7 % à 53,8%), l'effectif augmente, puis nous constatons une baisse à la cinquième consultation et une légère reprise en dépassant la cinquième; Au fur et à mesure que les grossesses avancent les femmes enceintes sont préoccupées et multiplient les consultations.

Au cours de ces consultations, certaines en font moins, car elles arrivent à terme. Cependant ce tableau contraste avec ceux des lieux des consultations; dans lesquels on note une diminution du nombre de consultantes au fur-et-à mesure.

Les femmes enquêtées sont allées dans plusieurs lieux pour les consultations prénatales.

**TABLAU 40 : DEPENSE A LA PREMIERE CONSULTATION**

Ce tableau représente les coûts aux différentes consultations prénatales d'après l'enquête.

COUT	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
25 à 500 F	:	105	:	34,6
550 à 1000 F	:	42	:	13,8
1250 à 6000 F	:	7	:	2,2
> 6000 F	:	1	:	0,3
sans réponse	:	138	:	44,8
<hr/>				
T O T A L	:	303	:	100

34,6 % des consultations à la première consultation prénatale ont payé entre 25 FCFA à 500 FCFA contre 13,8 % qui ont payé entre 550 FCFA et 1.000 FCFA. Seulement 2,2 % ont payé une somme comprise entre 1.250 FCFA et 6.000 FCFA. Une seule femme a payé une somme supérieure à 6.000 FCFA qui s'élève à 40.000 FCFA. 44,8 % des consultantes n'ont pas donné de réponse.



Au fur-et-à mesure que les sommes s'élèvent, le nombre de consultations diminue.

Il est incontestable que la tendance à faire face aux consultations ou à ne pas le faire dépend du coût de la consultation en grande partie. Nous savons que les consultations prénatales sont gratuites à ASACOBA ; cependant la consultante paie le carnet de consultation à 500 FCFA et éventuellement les médicaments prescrits.

A cet effet la tendance est grande de fréquenter le centre de santé d'ASACOBA, car on sait également que les médicaments y coûtent moins chers, celles qui n'ont pas donné de réponse méritent une certaine attention. On peut faire plusieurs hypothèses, soit qu'elles n'ont pas fait réellement de consultations prénatales, auquel cas la réponse devrait être facile, soit qu'elles n'ont aucune idée du prix du carnet à ASACOBA ou des frais de consultation ailleurs, étant donné que c'est le mari ou une tierce personne qui s'est acquittée des frais ou encore elles n'ont pas compris l'intérêt de la consultation prénatale.

**TABLEAU 41 - DEPENSE A LA DEUXIEME CONSULTATION PRENATALE**

COUT en FCFA	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
25 à 500 F	:	65	:	21,1
550 à 1.000 F	:	10	:	3,2
1.250 à 6.000 F	:	3	:	0,9
> 6.000 F	:	0	:	0
sans réponse	:	225	:	73

Lors de cette deuxième consultation, les dépenses diminuent d'une manière générale. Particulièrement, on ne note plus de dépense supérieure à 6.000 FCFA.

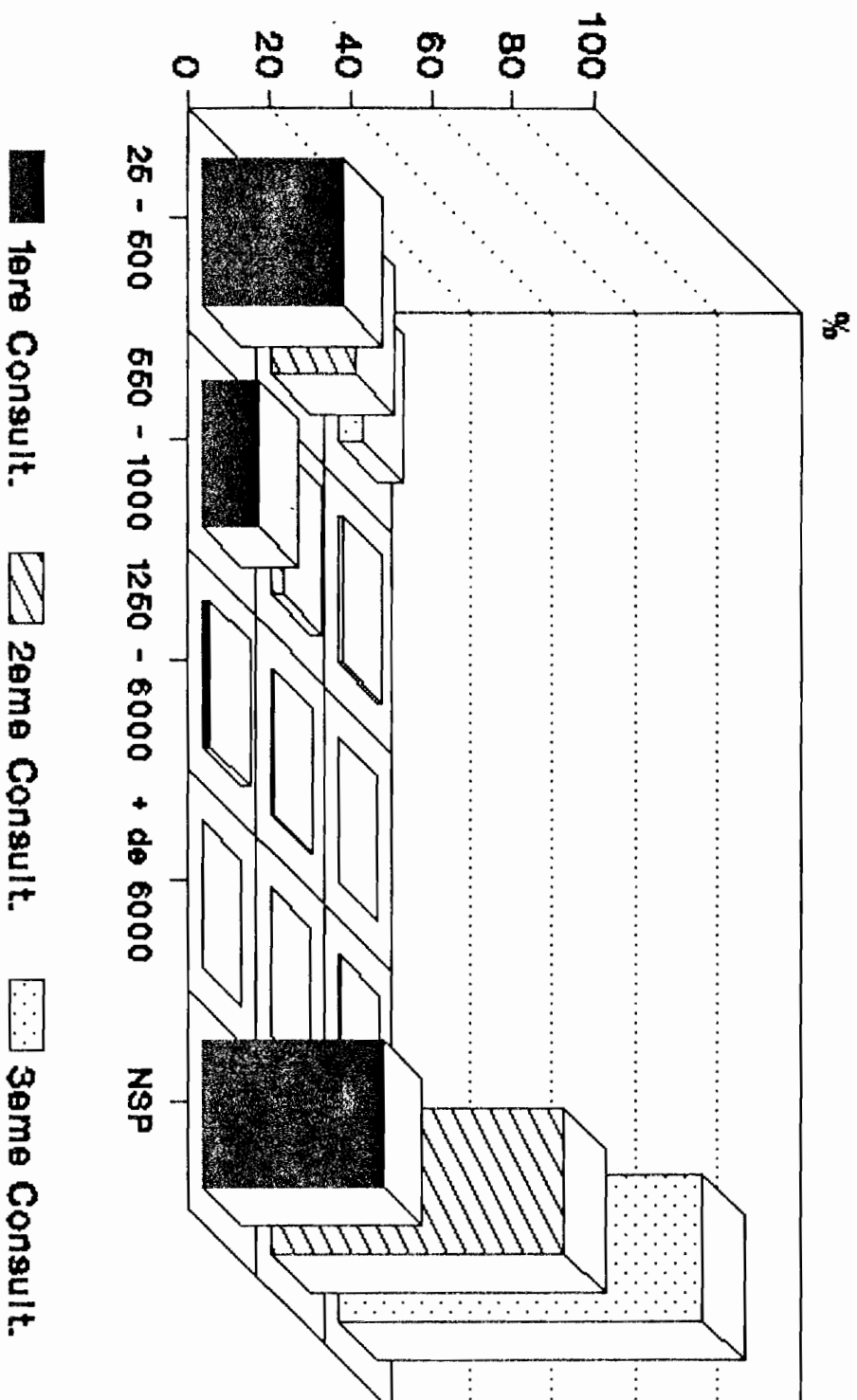
En se référant aux conditions de Bankoni, on peut dire que celles qui sont venues à la première consultation ont payé les 500 FCFA de frais de carnet et ne sont astreintes qu'à payer les prescriptions éventuelles, ceci peut expliquer les baisses constatées dans la tranche de 25 à 500 F : 34,6 % pour la première consultation à 21,1 % pour la deuxième.

TABLEAU 42 - DEPENSE A LA TROISIEME CONSULTATION PRENATALE

COUT	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
25 à 500	:	36	:	11,6
550 à 1.000	:	4	:	1,3
1.250 à 6.000	:	2	:	0,6
sans réponse	:	261	:	84,7
T O T A L	:	303	:	100

Les coûts ont davantage chuté de 34,6 % de la première consultation à 11,6 % à la troisième, pour les tranches de 25 à 500 F. Egalement la tranche de 1.250 à 6.000 F a diminué et on ne note plus de coût supérieur à 6.000 F

# DEPENSES AUX DIFFERENTES CONSULTATIONS PRENATALES



Graphique 17

TABLEAU 43 - DEPENSE A LA QUATRIEME CONSULTATION PRENATALE

COUT	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
25 à 300	:	20	:	6,4
305 à 1.000	:	4	:	1,3
1.250 à 6.000	:	1	:	0,3
> 6.000 F	:	2	:	0,6
sans réponse	:	276	:	89,6
T O T A L	:	303	:	100

A la quatrième consultation , le coût a diminué dans toutes les tranches. Quand on sait que 95 % des grossesses évoluent normalement, on peut comprendre qu'il y ait peu de complications au cours de l'avancée de la grossesse susceptible d'élever les frais de consultations prénatales.

Les données des archives de la maternité permettent d'avoir une idée sur le volume des activités de cette unité.

**TABLEAU 44 : ACHAT DE MEDICAMENTS PRESCRITS**

ACHAT	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
ont acheté	:	182	:	97,3
n'ont pas acheté	:	5	:	2,7
TOT A L	:	187	:	100

97,3 % ont acheté les médicaments prescrits contre 2,7 %. Il y a là non seulement toute la préoccupation de gens face à la maladie, mais aussi la preuve que les médicaments essentiels sont accessibles.

### 3.5 CONTRIBUTION DU CENTRE DE SANTE ASACOBA A LA VACCINATION DE LA MERE ET DE L'ENFANT

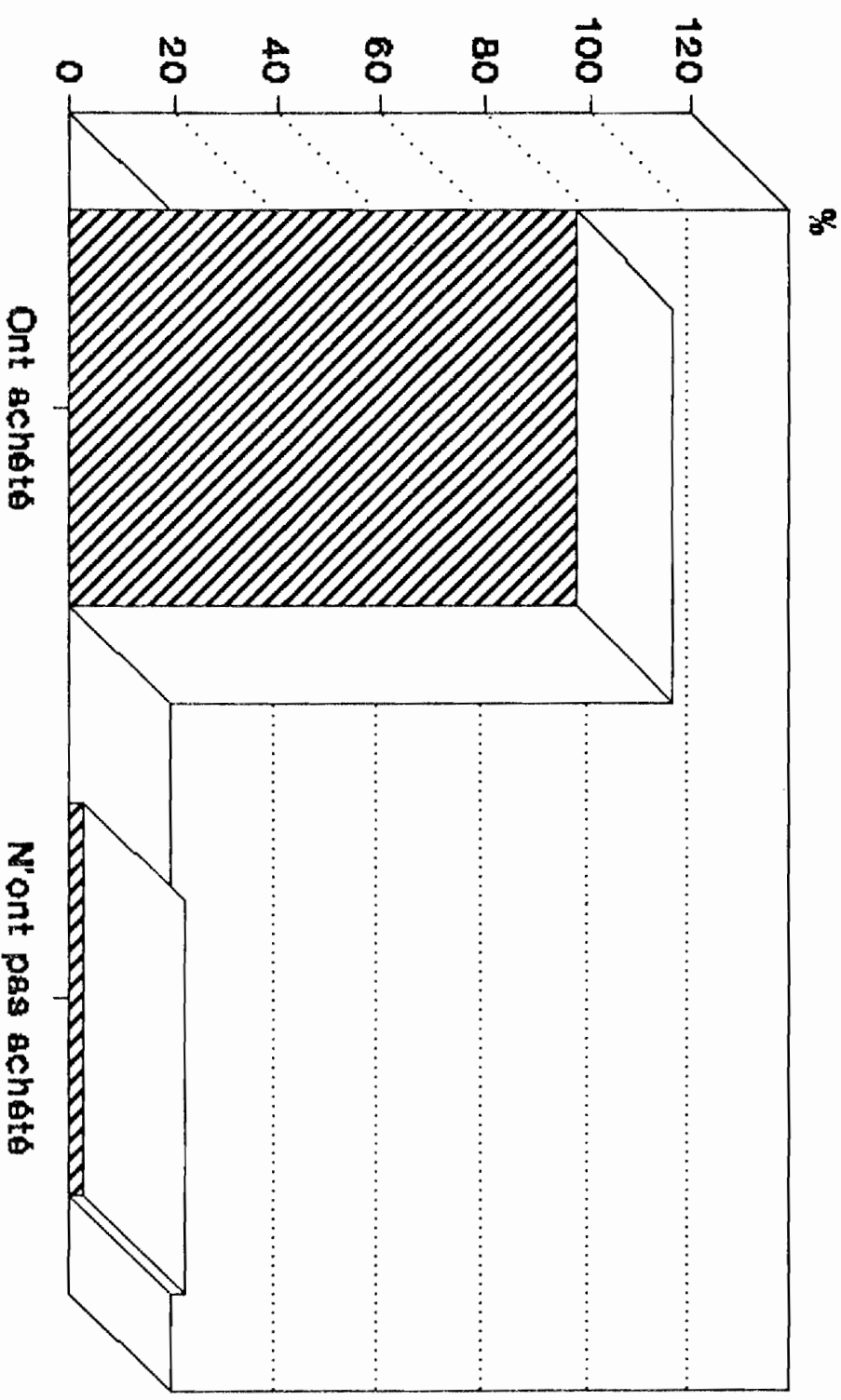
**TABLEAU 45 - DE LA VACCINATION DES MERES**

Les tableaux qui suivent (45 et 46) indiquent la contribution du centre de santé à la réalisation des objectifs du PEV.

VACCINATION	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
vacciné	:	191	:	63
non vacciné	:	112	:	37
T O T A L	:	303	:	100

63 % des mères de l'échantillon ont été vaccinées contre le tétanos, 37 % ne l'ont pas été. Nous avons estimé la couverture vaccinale des femmes en âge de procréer durant les 3 ans à 13,1 % en moyenne au centre de santé de l'ASACOBA. Nous savons que pour 18,2 des naissances les mères ont été vaccinées contre le tétanos au plan matériel. Notre enquête montre un taux supérieur à la moyenne à Bankoni et celle nationale.

# ACHAT DE MEDICAMENTS PRESCRITS



Graphique 18

**TABLEAU 46 - NOMBRE DE VACCINATIONS**

NOMBRE DE FOIS	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
1	:	54	:	28,2
2	:	77	:	40,3
3	:	36	:	18,8
4	:	5	:	2,6
5	:	2	:	1,0
6	:	1	:	0,5
sans réponse	:	16	:	8,3
<b>T O T A L</b>	:	<b>191</b>	:	<b>100</b>

Nous constatons qu'ont été vaccinés:

- . 1 fois 28,2 %
- . 2 fois 40,3 %
- . 3 fois 18,8 %
- . 4 fois 2,6 %
- . 5 fois 1 %
- . 6 fois 0,5 %

On note qu'en dehors de la deuxième fois, il y a une diminution progressive du nombre des vaccinations ainsi que le taux de vaccinés.

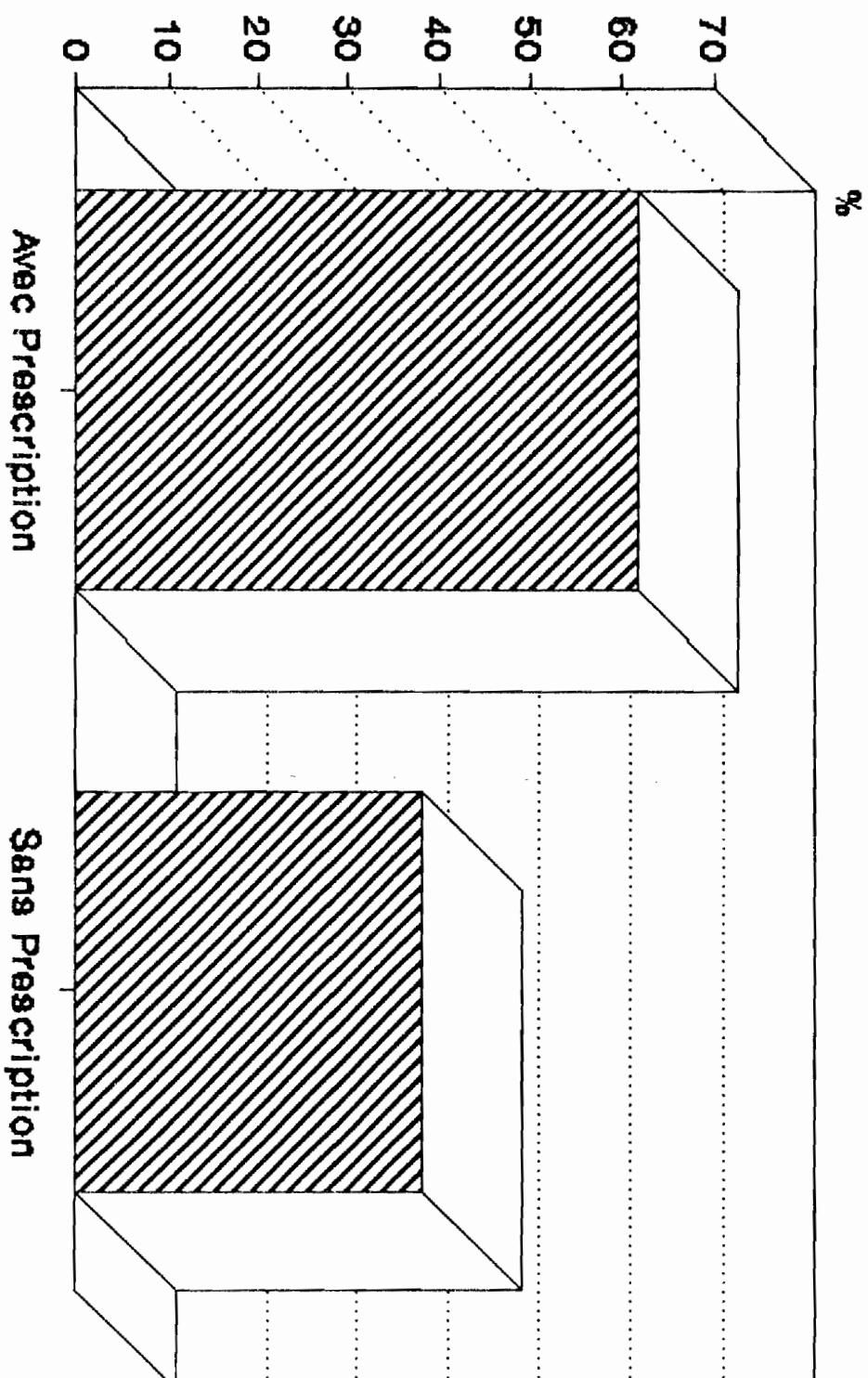
Il semble que les femmes ne font pas toutes les vaccinations quand elles commencent, elles ne vont pas jusqu'au bout ; cela est le signe qu'elles sont peu informées sur la nécessité de faire toutes les vaccinations, ou qu'elles ne voient pas l'intérêt de cette vaccination. Aussi la vaccination peut engendrer des frais.

**TABLEAU 47 : PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS A L'ACCOUCHEMENT**

PRESCRIPTION	:	NOMBRE	:	POURCENTAGE
ayant eu des prescriptions de médicaments	:	187	:	61,7
n'ayant pas eu de prescriptions	:	116	:	38,3
<b>T O T A L</b>	:	<b>303</b>	:	<b>100</b>

61,7 % des femmes ayant accouché ont reçu des prescriptions médicales, 38,3 % n'en ont pas reçu.

# PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE A L'ACCOUCHEMENT



Graphique , 19



**TABLEAU 48 : MONTANT PAYÉ POUR LA VACCINATION A L'ASACOBA**

MONTANT en FCFA	NOMBRE	POURCENTAGE
50 à 100	81	42,4
125 à 1.000	30	15,7
1005 à 1.520	3	1,5
sans réponse	77	40,3
<b>T O T A L</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

40,3 % sont enquêtés n'ont pas fourni de réponse à la question de savoir les montants de l'argent payé pour la vaccination. 42,4% ont répondu avoir payé une somme comprise entre 50 F CFA et 100 FCFA. C'est le taux le plus élevé.

Il s'agit très probablement des personnes qui ont été vaccinées dans le cadre du P.E.V. au centre de santé de l'ASACOBA ou dans toute autre structure où le PEV est de rigueur.

Ceci d'autant plus qu'il n'y a que dans ce système où le tarif des vaccination est lié à l'achat d'une carte qui ne coûte que 100 FCFA. Il n'y a pas de valeur inférieure à 100 FCFA. 15,7% des enquêtées déclarent avoir payé un montant comprise entre 125 et 1.000 FCFA. 1,5% ont payé entre 1.005 à 1.525 FCFA. Il s'agit la certainement de personnes ayant acheté les vaccins dans les pharmacies privées quand on sait que le vaccin qui y coûte le moins cher est celui du 7 VAT (Vaccin Anti-Tétanique) qui vaut 720 FCFA et le plus cher est le ROUVAX qui vaut 2.225 FCFA, le DTCP coûte 1.600 FCFA.

**TABLEAU 49 : DE L'EXISTENCE D'ENFANTS DE MOINS DE 8 ANS**

Sur les 333 femmes enquêtées 207 avaient des enfants de moins de 8 ans.

ENFANTS DE MOINS DE 8 ANS	NOMBRE	POURCENTAGE
ont des enfants de moins de 8 ans	207	68,4
n'ont pas d'enfant de moins de 8 ans	96	31,6
<b>O T A L</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

68,4% des femmes enquêtées ont des enfants de moins de 8 ans, tandis que 31,6% n'ont pas d'enfant de moins de 8 ans.

La jeunesse de la population ressort dans ce tableau qui confirme une enquête précédente dans laquelle il a été constaté que 65,6 % de la population a moins de 25 ans. Elle confirme également le taux de natalité élevé à Bankoni qui est de 174 pour 1000 (4).

**TABLEAU 50 : NOMBRE D'ENFANTS VACCINES ET TYPES DE VACCINS**

TYPE DE VACCIN	:	NOMBRE D'ENFANTS VACCINES
BCG	:	14
DTCP1	:	8
DTCP1 + BCG	:	28
DTCP2	:	13
DTCP2 + BCG	:	19
DTCP1 + DTCP2	:	18
DTCP1 + DTCP2 + DTCP3	:	15
DTCP3	:	9
BCG + ROUGEOLE	:	12
DTCP1 + ROUGEOLE	:	8
BCG + DTCP1 + DTCP3	:	6
DTCP2 + DTCP3	:	3
BCGDTCP2 + 3	:	6
DTCP2 + DTCP3	:	3
BCGDTCP2+3	:	6
BCG + 1 + 2 + 3	:	2
BCG + 1 + ROUGEOLE	:	1
DTCP2 + ROUGEOLE	:	2
BCG + 1 + 2 + 3 + ROUGEOLE	:	3
DTCP1 + 2 + 3 + ROUGEOLE	:	1
BCG + + 2 + 3 + ROUGEOLE	:	1
FIEVRE JAUNE	:	1
<b>TOTAL</b>	<b>:</b>	<b>177</b>

Seulement 177 enfants ont été vaccinés alors qu'il existe dans l'échantillon 462 enfants de 0 à 6 ans. De ce point de vue, la couverture vaccinale n'est que 38,3 %. Parmi les 177 enfants vaccinés seulement 4 le sont complètement soit 2,3 %.

On peut donc affirmer qu'il y a une très mauvaise couverture vaccinale dans le quartier ; car, si on rapporte ce chiffre au nombre d'enfants qui devrait être vacciné normalement cela représente une couverture vaccinale de 0,86 %.

Les raisons évoquées par les femmes, pour la non-vaccination de leurs enfants sont variées: 37% des femmes disent que la date de la vaccination n'était pas arrivée; 2,9 % d'entre elles évoquent le manque d'argent; 22,9 % des mères déclarent qu'elles n'étaient pas informées sur la nécessité de la vaccination; 14,3 % évoquent qu'elles étaient absentes de Bamako; 2,9 % évoquent leur éloignement d'un centre de santé; 20 % n'ont pas répondu à la question.

La deuxième raison évoquée est le manque d'information, ce qui concorde avec les observations déjà faites dans les chapitres précédents.

Aussi, on peut penser que la couverture vaccinale est encore plus faible en milieu rural, parce que certaines femmes ont évoqué leur absence de Bamako, comme une raison de la non-vaccination de leurs enfants.

Le fait que dans 37,1 % des cas, la date de vaccination n'était pas arrivée atténue la couverture vaccinale citée plus haut. De même, ont été considérés seulement comme vaccinés les enfants pour lesquels les mères avaient un carnet de vaccination. Le niveau d'instruction des mères peut aussi avoir une incidence sur la vaccination des enfants. En effet, 52,1 % des mères n'ont pas été scolarisées, seulement 0,79 % sont de niveau secondaire et 0,1 % ont de niveau supérieur. Il apparaît que dans l'ensemble les femmes n'ont pas été scolarisées ou sont de niveau primaire.

Les registres du service PV du centre de santé donnent le volume de activité de prévention.

## 5 OPINION DES RESPONSABLES DE L'ASACOPA ET DU PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE

### 3.6.1 RESPONSABLES DE L'ASSOCIATION

Parmi les six responsables, quatre ont appris le projet de création de l'association par l'intermédiaire d'un responsable politique de l'époque, technicien de développement communautaire de son état. Un des responsables a été mis au courant lors de l'enquête qui portait sur les problèmes de santé de Bankoni, tandis que l'autre déclare être un responsable fondateur de l'association.

Le technicien au développement communautaire en question aurait pris contact avec la Coopération Française et Santé Sud en vue de la mise sur place d'un centre de santé communautaire.

Pour le commissaire aux conflits, l'idée de la création du centre est venue des femmes du quartier qui avaient cotisé pour se faire consulter à la maternité de Sikoroni.

Quant au secrétaire administratif, il dit que c'est une enquête effectuée par l'INRSP qui a suscité l'idée de création du centre de santé, à l'origine de l'ASACOBA.

Tous sont unanimes sur l'engagement de la Coopération Française, de Santé Sud et des populations de Bankoni dans la réalisation du centre, consécutive à la création de l'ASACOBA.

Une sensibilisation a été faite selon tous les responsables. Elle a consisté à tenir des assemblées générales dans tous les secteurs. Des informations ont été véhiculées progressivement dans les mosquées, aux lieux de baptême. Une troupe théâtrale a sillonné le quartier. Un cahier a été déposé auprès de tous les chefs de secteurs en vue du recrutement des chefs de ménage désireux de participer à l'ASACOBA. Ces assemblées avaient pour but de mobiliser les chefs de ménage, afin qu'ils participent à la vie de l'association.

Pour la création de l'association, une assemblée générale a regroupé les chefs de secteurs, quatre représentants du secteur, le maire et les représentants des autorités politiques de l'époque. C'est à partir de cette réunion qu'un bureau a été mis sur place. Le bureau ainsi formé s'est donc assigné comme tâche essentielle, d'après les responsables, la création urgente du centre de santé communautaire.

Tous les anciens membres de l'ancien bureau reconnaissent que:

- les périodicités des réunions n'étaient jamais respectées,
- le quorum n'était jamais atteint,
- les rencontres se faisaient donc de façon circonstancielle autour des activités ponctuelles : recherche de site, élaboration de statut, règlement intérieur, confection et distribution des cartes de membres, démarches administratives et juridiques pour permettre la création du centre.

Chacun des responsables interviewé déclare avoir pris part à l'une ou l'autre de ces activités concrètes.

La majorité des responsables interrogés explique sa motivation, par le désir d'être utile à la communauté ; tandis que deux des nouveaux responsables se déclarent séduits par les activités du centre et entendent contribuer à combler les lacunes de l'ancien comité de gestion.

Cependant, tous les responsables s'accordent à dire qu'il y a une très faible adhésion au sein de l'association et que l'enthousiasme créé au départ s'est estompé, du fait de l'inactivisme du bureau. Ces déclarations confirment les chiffres recensés dans le registre relatif à l'adhésion.

En effet, on constate que pendant la création de l'association 657 personnes y ont adhéré la première année, au bout de trois ans, l'association ne compte que 872 adhérents, soit seulement 215 adhésions enregistrées pendant les deux années 90-91, 91-92.

Ces responsables déplorent cette situation, le manque d'information évident, la mauvaise qualité de cette information conduisent, pour une partie importante de la population, à la compréhension erronée que le centre est une propriété du gouvernement, ou même un établissement privé. En plus, ces populations ne font pas de différence entre ASACOBA et le centre de santé.

D'autres, pour leur part, évoquent les lourdeurs administratives relatives à l'enlèvement de médicaments des services de la douane et l'obtention d'un site définitif que le Gouvernorat du District devrait octroyer. Mais depuis la création du GIE, l'approvisionnement en médicaments se fait à Bamako, évitant ainsi les services douaniers.

D'autres problèmes ont été soulevés tels que :

- le manque de siège pour l'association
- le manque de fonds différents de celui du centre
- la lenteur dans le renouvellement des cartes.

Nous avons noté qu'en dehors d'un seul responsable, tous les autres envisagent d'autres activités possibles, pour l'association, à part celles du centre de santé. Egalement certains responsables dans la spontanéité de leurs réponses ne font aucune différence entre le centre de santé et l'association.

Au point de vue des perspectives, les réponses de la majorité demeurent mitigées entre les difficultés de mobilisations des populations et l'espoir suscité par les activités du centre de santé.

Tous les responsables déclarent travailler d'arrache pied à l'avenir, afin d'augmenter le nombre des adhérents, de trouver un site pour le centre, de créer un fonds pour l'association, différent de celui du centre, d'organiser à cet effet des manifestations lucratives, d'électrifier le centre de santé, de relancer le centre de l'enfance et de créer un deuxième centre.

Il ressort de cette interview que :

- l'ASACOBBA connaît des difficultés de mobilisation de la population dues à l'inactivisme des responsables
- l'association a servi tout juste de base juridique de création du centre de santé, ce qui explique la confusion entre les activités du centre et celles de l'ASACOBBA
- cette confusion existe même chez des responsables de l'association, ce qui se répercute au niveau des populations
- il n'y a aucun programme d'activités élaboré pour l'association distinct du Centre de Santé de BANKONI.

On ne note pas très explicitement les activités que l'association entend mener en dehors du centre, son plan de mobilisation participative de la population pour la santé.

Nous pouvons affirmer que la dynamique endogène qui a engendré la création d'une association chargée de gérer les problèmes de santé dans le quartier de Bankoni est partie d'une initiative des femmes qui n'a pas vu le jour, faute de moyens. Une maternité avait été la matérialisation de cette initiative, mais elle n'a pas pu fonctionner.

Les responsables de l'association se sont certes inspirés de cette initiative et ont pris conseil auprès de responsables techniques, pour la mise en oeuvre d'une action sanitaire similaire à celle des femmes mais ayant une plus grande ambition. Cependant, il apparaît que les responsables de l'association ont été très peu engagés dans les activités visant à promouvoir la vie de l'association et à développer les activités du centre de santé né de cette association.

Ce peu d'engagement apparaît à travers les entretiens puisqu'aucun n'a pu évoquer une action concrète qu'il a personnellement réalisée dans la mise en oeuvre des objectifs assignés à l'association, à part un seul qui a évoqué son rôle dans le choix du site du centre de santé. Si la plupart déclare qu'elle va s'impliquer davantage dans les activités de l'association ; aucun n'a parlé des modalités des tâches précises et concrètes de cette implication promise.

### **3.6.2 LE PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE**

Il ressort de l'enquête que le personnel du centre est constitué de huit techniciens de santé, de quatre docteurs en médecine, de deux aides-soignants et de huit autres agents assurant les fonctions de manoeuvre, gardies, gérant, d'accoucheuse et de comptable. Ce personnel est réparti entre les différentes unités du centre, à savoir : le dispensaire, la maternité, le laboratoire, la pharmacie, la salle de soins, le centre de l'enfant et l'administration.

Ces différentes unités n'ont pas été créées en même temps. Le centre a commencé par le dispensaire et la pharmacie, en mars 1989 ; la maternité a ouvert ses portes en février 1990 et le centre de l'enfance en 1991 c'est-à-dire que le personnel enquêté a une expérience du centre de durée inégale. Cela peut avoir une incidence sur leur niveau d'information.

La maternité dispose de plus de personnel : deux sages femmes, trois accoucheuses, deux infirmières d'état. Elle est suivie du dispensaire qui emploie cinq agents dont trois médecins, un infirmier et un aide-soignant (le quatrième médecin travaillait comme benevole au centre au moment de l'enquête). La salle de soins, le centre de l'enfance et le laboratoire sont tenus chacun par trois agents dont les qualifications sont différentes ; tandis que l'administration est assurée par un agent ; la pharmacie occupant un autre.

La salle de soins, le centre de l'enfance et le laboratoire sont tenus, chacun, par trois agents dont les qualifications sont différentes ; tandis que l'administration est assurée par un agent, la pharmacie est tenue par un autre. Sur les 22 membres du personnel 13 sont mariés contre 9 célibataires ; la majorité (dix) habite Bankoni dans le secteur du Plateau - Flabougou et Zeguenekorobougou.

Le reste du personnel loge dans les quartiers de Korofina, quartier Mali, Sogoniko, Kalabancoro, Magnambougou, Hippodrome, Missira, c'est-à-dire hors du quartier de Bankoni.

A sa création en 1989, le centre était tenu par 4 agents : 1 médecin, 1 infirmière, 1 responsable de la pharmacie et 1 gardien. Ils y ont été recrutés directement, sur dépôt de dossier.

En 1990, soit une année après, le personnel a presque doublé. Ce sont 7 agents qui sont venus au centre. Le recrutement continuera jusqu'en 1992 où quatre autres personnes ont été embauchés.

Parmi ce personnel, 5 sont arrivés au centre à la suite d'un concours, 6 par recrutement direct, 6 par dépôt de leur dossier. Trois agents sont recrutés en qualité de bénévoles.

Parmi les 4 qui ont participé à la création du centre, deux ont effectué les démarches administratives et ont contribué à la conception du centre ; les autres ont déclaré n'avoir pas contribué à cette conception.

Ceux qui ont déclaré avoir été impliqués dans la création du centre sont surtout les premiers à y avoir travaillé. Leur responsabilité dans la réussite du centre est perçue par eux comme une participation à sa création. Mais si l'association a mis en place le centre, le rôle du médecin-directeur a été déterminant dans les activités.

Son rôle n'a pas été seulement technique, il a été impliqué dans les démarches administratives surtout concernant l'approvisionnement de la pharmacie en médicaments. On comprend alors qu'il a déclaré avoir participé à la conception. Exceptés trois agents qui sont des bénévoles, les dix-neuf autres connaissent l'ASACOBA. La plupart de ces agents l'ont connue au moment d'accéder au centre de santé ou dans l'exercice de leur fonction au sein du centre.

Seulement trois agents ont appris l'existence de l'ASCOBA, par l'entremise d'un responsable. Ceci confirme encore une fois l'inactivité des responsables de l'association.

Néanmoins 6 agents du personnel désirent être membres de l'association et 4 désirent y avoir une responsabilité. Cependant, un seul agent est membre de l'association. On comprend difficilement comment les autres n'y ont pas adhéré, dès lors qu'ils le désirent.

L'adhésion à l'association diminue les frais de consultation de l'adhérent et de ses ayants-droits ; en conséquence, parmi ceux qui désirent y adhérer (ils sont au nombre de 2 et ont des revenus modestes), leurs motivations sont liées aux avantages précités. D'autres veulent simplement oeuvrer à la réalisation des objectifs de santé visés par l'ASACOBA.



Ceux qui ne veulent pas participer évoquent, dans leur majorité, l'incompatibilité entre la fonction d'agent du centre et l'activité au sein de l'association. Les autres, moins nombreux, évoquent leur non-appartenance au quartier et leur rejet du travail associatif qu'ils jugent trop contraignant.

La majorité (13/22, soit 59,1%) du personnel estime que l'ASACOBA n'aide pas le centre à atteindre ses objectifs. Par ailleurs 17 agents (77,3 %) pensent qu'elle peut aider le centre. Parmi ces derniers, beaucoup estiment que l'ASACOBA peut aider le centre par la sensibilisation de la population, son éducation pour la santé et l'assainissement du milieu.

Le fait ressenti que l'association n'aide pas le centre de santé est une réalité, dans la mesure où, parmi les chefs de ménage enquêtés, très peu ont été informés sur l'existence du centre par un membre de l'association. L'aide peut être une plus grande implication de l'association, dans la réalisation des objectifs assignés au centre.

Le personnel ne demande même pas une aide matérielle mais surtout la sensibilisation, l'éducation de la population, pour qu'elle prenne en charge ses problèmes de santé.

Plus de la moitié du personnel estime que ses conditions de travail ne sont pas satisfaisantes et évoquent également des contraintes particulières qui pèsent sur elle, dans l'exercice de son activité.

Ces contraintes sont d'ordre social (la conduite de la population à l'égard du personnel : impatience, exigence d'être soigné en premier, même si on n'est pas arrivé le premier), l'entêtement des accompagnantes, au niveau de la maternité, à vouloir être partout, le manque de repos, d'eau, d'électricité, de matériel de travail, de moyens de déplacement).

Plus de la moitié du personnel trouve également que le salaire est insuffisant. Deux agents affirment payer la consultation, 5 ne se sont pas prononcés.

En outre 19 déclarent payer les médicaments, 3 ne se sont pas prononcés. Nous savons que tout le personnel du centre ASACOBA bénéficie de la gratuité de la consultation, mais paie les médicaments.

Les mêmes raisons qui poussent le personnel à se faire soigner au centre sont quasiment celles pour lesquelles il soigne ses parents; il est à noter que parmi le personnel féminin, un médecin et une infirmière ont accouché au centre de santé. Ceci contribue à lui donner davantage de fiabilité.

Parmi le personnel actuel, 2 de ses membres ignoraient l'existence du centre au moment de leur grossesse (elles ne faisaient pas encore partie du personnel) 4 n'ont pas eu d'occasion et une a accouché à la MUTEC sur proposition de son mari adhérent à cette mutuelle, tandis que 3 n'ont pas donné de réponse.

Trois agents déclarent que le centre reçoit des missions d'évaluation, 2 n'ont pas réussi à préciser la provenance de ces missions. Le médecin-chef précise que ces missions proviennent de l'INRSP et de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, du C.N.I., et de la Coopération Française.

Pour 10 agents qui souhaitent la mission d'évaluation, 5 pensent qu'elle leur permettra de se remettre en cause et améliorer ainsi leurs connaissances. Deux déclarent que cette mission d'évaluation permettra de corriger les lacunes du centre ; tandis qu'un agent trouve que cette mission permettra un échange d'idées. 14 agents n'ont pas répondu, n'étant pas informés de cette mission.

Selon 5 agents, le Centre de Santé de Bankoni reçoit des stagiaires des formations socio-sanitaires du Mali. La France principalement et le Canada envoient également des stagiaires. Plus de la moitié des agents affirment que ces stages sont organisés par le médecin-directeur. Plus de la moitié estiment que la collaboration avec les stagiaires étrangers est intéressante ; cependant, un agent affirme que cette collaboration est empreinte de paternalisme.

Tout le personnel d'ASACOBA souhaite bénéficier d'une formation complémentaire.

Le quart du personnel a connu des conflits internes ; lesquels ont été réglés lors des réunions du personnel. Ce qui démontre l'esprit de groupe dans le travail. Dans sa majorité, le personnel estime qu'il faut redynamiser l'ASACOBA qui, à son tour, doit mener beaucoup d'actions de sensibilisation pour la salubrité, l'éducation pour la santé.

Le personnel est convaincu que l'Association doit :

- Augmenter le nombre de ses adhérents,
- Avoir des contacts permanents avec eux,
- Générer des ressources financières pour le centre, afin d'augmenter le matériel de travail,
- Trouver un site définitif pour le centre.

Pour l'amélioration de ses conditions de travail, le personnel de l'ASACOBBA suggère que deviennent effectifs :

- Le recrutement d'agents supplémentaires pour diminuer le surcroît de travail,
- L'aménagement des locaux,
- La fourniture d'eau courante et l'installation d'électricité,
- La dotation de moyens de déplacement pour le centre,
- Une meilleure organisation du travail et une bonne gestion des agents,
- la formation continue.

Afin d'améliorer ses conditions de vie, le personnel souhaiterait

- Une augmentation de salaire
- La prise en charge gracieuse de sa santé (consultation et médicaments)
- obtenir un logement
- Une prime de rendement
- Allocation INPS
- Facilités des prêts
- L'attribution d'un jour de repos par semaine en dehors du repos hebdomadaire habituel.

## **CHAPITRE IV**

LE CENTRE DE SANTE DE L'ASACOBBA : PRESTATION ET BILAN

#### 4.1 LES PRESCRIPTIONS

Nous avons pris un mois au hasard sur 12 mois d'exercice. Nous avons donc calculé le coût des ordonnances prescrites, le nombre et enfin le coût moyen des ordonnances.

Pour l'année 89, 90 et 91 il ressort des rapports du médecin que les ordonnances prescrites contiennent en moyenne deux à trois médicaments.

Le coût, relativement bas, des ordonnances (375 FCFA) est certainement dû au nombre limité de médicaments prescrits et à l'acquisition des médicaments en DCI.

**TABLEAU 51 COUT MOYEN DES ORDONNANCES**

ANNEE :	NOMBRE TOTAL DES ORDONNANCES ETUDIEES	COUT TOTAL DES ORDONNANCES PRESENTEES FCFA	COUT MOYEN EN CFA
1989 :	1075	411.790	383
1990* :	1567	390.610	249
1991 :	1501	423.985	282
1992** :	1893	1.035.770	547
<b>TOTAL :</b>	<b>6.036</b>	<b>2.262.155</b>	<b>375</b>

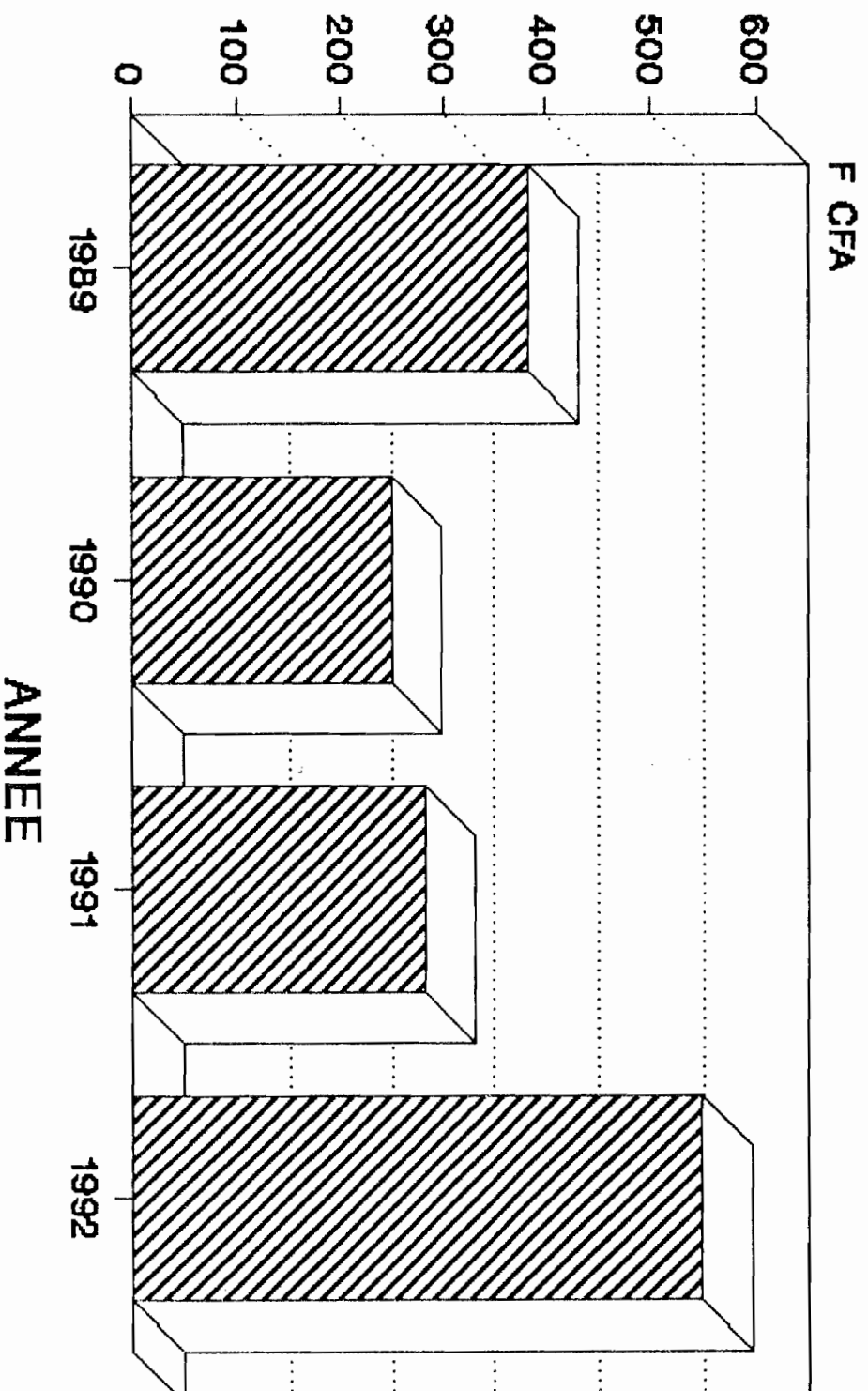
$$383 + 249 + 282 + 547 : 4 = 322 \quad x^2 = 58,0089$$

\* Période de rupture des médicaments

\*\* Période de rupture de médicament coocidant avec une sensible majoration du coût des médicament en rapport avec l'approvisionnement au "GIE SANTE POUR TOUS"

Le coût moyen des ordonnances de 1989 à 1992 est de 375 F CFA. Une étude a été réalisé à Bankoni sur le coût moyen des ordonnances remises à un échantillon de 1014 malades du quartier. Elle a évalué à 4.353 FCFA en moyenne. Ce coût est plus de 10 fois supérieur à celui du centre de Bankoni. Ceci demontre une fois de plus le gain que procure la prescription des médicaments essentiels pour les patients. Le coût modique des ordonances attire la population comme l'indiquent les données de l'enquête sur les raison du recours aux soins

# EVOLUTION DU COUT MOYEN DE L'ORDONNANCE



#### 4.2 LES CONSULTATIONS MEDICALES

**TABLEAU 52: CONSULTATIONS MEDICALES SELON LA PROVENANCE ET L'ANNEE (1ère année d'activité : Mars 1989 - Février 1990)**

Ce tableau fait ressortir les différentes consultations médicales réalisées au centre de santé (1).

MOIS	BANKONI	F	P	Z	L	S	D	A
MARS	204	72	45	31	19	11	26	32
AVRIL	631	247	126	88	50	44	76	99
MAI	705	248	158	111	66	39	83	110
JUIN	639	249	122	90	54	47	77	100
JUILLET	575	203	133	87	51	42	59	90
AOÛT	646	253	117	114	49	48	65	101
SEPTEMBRE	704	272	132	108	69	42	81	110
OCTOBRE	1006	356	227	153	91	56	123	94
NOVEMBRE	1160	398	255	182	120	93	112	462
DECEMBRE	1259	442	282	181	117	70	167	585
JANVIER	937	331	221	141	109	53	82	146
FEVRIER	990	342	218	152	114	62	103	154
<b>T O T A L</b>	<b>9456</b>	<b>3413</b>	<b>2036</b>	<b>1437</b>	<b>909</b>	<b>607</b>	<b>1054</b>	<b>2083</b>

TOTAL CONSULTATIONS (89-90) = **11539**

Au cours de cette 1ère année d'activité, le taux de consultations est de 81,9% pour les malades venant de Bankoni contre 18,1% pour ceux venants d'ailleurs.

Le centre de santé a une intense activité et cela a commencé dès la première année de fonctionnement.

De même, nous constatons une augmentation du nombre de consultations de mars 1989 à février 1990. Cette progression commence de mars 1989, avec 204 consultations (2,2%) à decembre avec 1259 (13,4%). Une baisse est intervenue en janvier 1990 de 9,1% suivie d'une légère reprise en février 1990 de 10,5%.

Le secteur de Flabougou domine les autres secteurs il est suivi du plateau et de Zeguenekorobougou. En sachant que le Centre de Santé de Bankoni est installé à Flabougou qui lui même est proche du plateau et de Zeguenekorobougou, nous comprenons que la proximité est un facteur positif de fréquentation du centre. Contrairement à l'association, la fréquentation du centre est progressive selon ces données.

A la deuxième année (tableau 53), nous constatons également que le secteur de Flabougou compte plus de consultations 4.621, (31,11 %), suivi du Plateau 3.216 (21,65 %) et Zeguenekorobougou 2.245 (15,11%).

On note une augmentation du nombre de consultations de personnes provenant d'autres quartiers de Bankoni.

A la troisième année (tableau 36), Flabougou apparaît également avec le nombre le plus élevé de consultations 4.219, (35,27 %) suivi du Plateau 2.787 (23,29 %) et Zeguenekorobougou 1.702 (14,22 %). La proximité, comme facteur favorisant la fréquentation du centre de santé se trouve confirmée.

**TABLEAU 53 : CONSULTATIONS MEDICALES EN FONCTION DE L'ORIGINE ET DE L'ANNEE (2ème année d'activité Mars 1990 - Fevrier 1991)**

MOIS	BANKONI	F	P	Z	L	S	D	A
MARS	1242	397	264	184	150	70	184	333
AVRIL	1244	392	259	189	125	96	183	332
MAI	1413	451	325	209	147	120	161	376
JUIN	1203	393	256	186	130	99	139	320
JUILLET	831	263	175	130	61	60	142	221
AOUT	1108	346	239	166	164	64	129	295
SEPTEMBRE	679	215	99	137	71	45	112	181
OCTOBRE	1641	497	383	238	168	102	253	437
NOVEMBRE	1329	420	301	202	129	76	201	1027
DECEMBRE	886	272	182	128	69	65	170	136
JANVIER	1016	322	251	160	160	70	53	384
FEVRIER	2257	653	482	316	260	256	290	666
<b>T O T A L</b>	<b>14856</b>	<b>4621</b>	<b>3216</b>	<b>2245</b>	<b>1634</b>	<b>1123</b>	<b>2017</b>	<b>4808</b>

TOTAL DES CONSULTATIONS : 14856 + 4808 = 19.664

Au cours de la 2ème année d'activité, le taux de consultations est de 75,5 % pour le quartier de Bankoni contre 24,5 % pour les autres quartiers du district de Bamako.

A la première année le Centre de Santé de l'ASACOBA a connu un taux de fréquentation de 17,9 % pour une population estimée à 64.564 habitants. On estime en moyenne que 38 malades sont consultés par jour ouvrable.

Le taux de fréquentation est bien inférieur à celui national des villes où il existe au moins un hôpital. Ce taux est de 26,1%



En 1990-1991, soit à la deuxième année, nous avons une hausse du taux de fréquentation du centre estimé à 29,7 % en considérant une population de 66.307 habitants. Le centre a reçu en moyenne, par jour ouvrable, 59 malades.

Le taux d'utilisation ainsi obtenu dépasse celui des centres de santé situés dans les zones où existe au moins un hôpital.

**TABLEAU 54 : CONSULTATIONS MEDICALES EN FONCTION DE L'ORIGINE**  
(3ème année d'activité Mars 1991 - Février 1992)

MOIS	BANKONI	F	P	Z	L	S	D	A
MARS	1307	486	302	186	96	98	139	449
AVRIL	1029	375	240	158	73	70	113	135
MAI	889	331	205	126	65	68	94	317
JUIN	762	275	160	131	55	71	70	261
JUILLET	713	265	166	102	60	46	74	246
AOUT	934	301	270	140	62	75	86	322
SEPTEMBRE	1075	345	226	171	108	75	150	369
OCTOBRE	864	320	201	125	63	66	89	298
NOVEMBRE	1084	395	242	174	78	79	116	373
DECEMBRE	1067	385	230	180	80	72	120	369
JANVIER	1053	358	238	125	84	98	150	389
FEVRIER	1185	383	307	84	105	143	163	516
<b>TOTAL</b>	<b>11962</b>	<b>4219</b>	<b>2787</b>	<b>1702</b>	<b>929</b>	<b>961</b>	<b>1364</b>	<b>5260</b>

TOTAL DES CONSULTATIONS : 11.962 + 5.260 = 17.222

25,4% des consultations effectuées concernant les personnes qui viennent de Flabougou ; 16,6% proviennent de Plateau et 11,1 % proviennent de Zeguenekorobougou. Le plus faible taux est de 5,6 % qui viennent de Salembougou suivi de Layebougou (7,2 %) et Dianguinebougou 9,2 %.

Ce tableau confirme la tendance de la première année de l'activité du centre. Il ressort de cela que la fréquentation du centre est également liée à la proximité pour les populations de Bankoni. Cependant le nombre de consultations est très élevé dans la rubrique "Autres" (ceux qui viennent d'ailleurs que Bankoni pour se faire soigner).

Nous remarquons une attraction de plus en plus grande. Elle passe de 2083 personnes de la première année d'activité à 5.260 en 1992 soit une augmentation de plus de 252 %. Il y a une plus grande affluence de personnes venant de l'extérieur. Cela veut dire que plusieurs consultants ne sont même pas habilités à adhérer à l'association, puisqu'ils ne viennent pas du quartier. Cette situation a une incidence sur les recettes. Le nombre des consultations des habitants du quartier a augmenté de 0,8 % pendant la même période.

Durant les trois années d'activités le taux d'utilisation du centre de santé pour les consultations médicales de la population de Bankoni s'est élevé à 53,3%. Dans ces conditions, sachant que le centre de santé dès sa création a été l'objet de plusieurs commentaires positifs, on peut mettre cette affluence au compte de la qualité des prestations d'une part et du coût modique des soins.

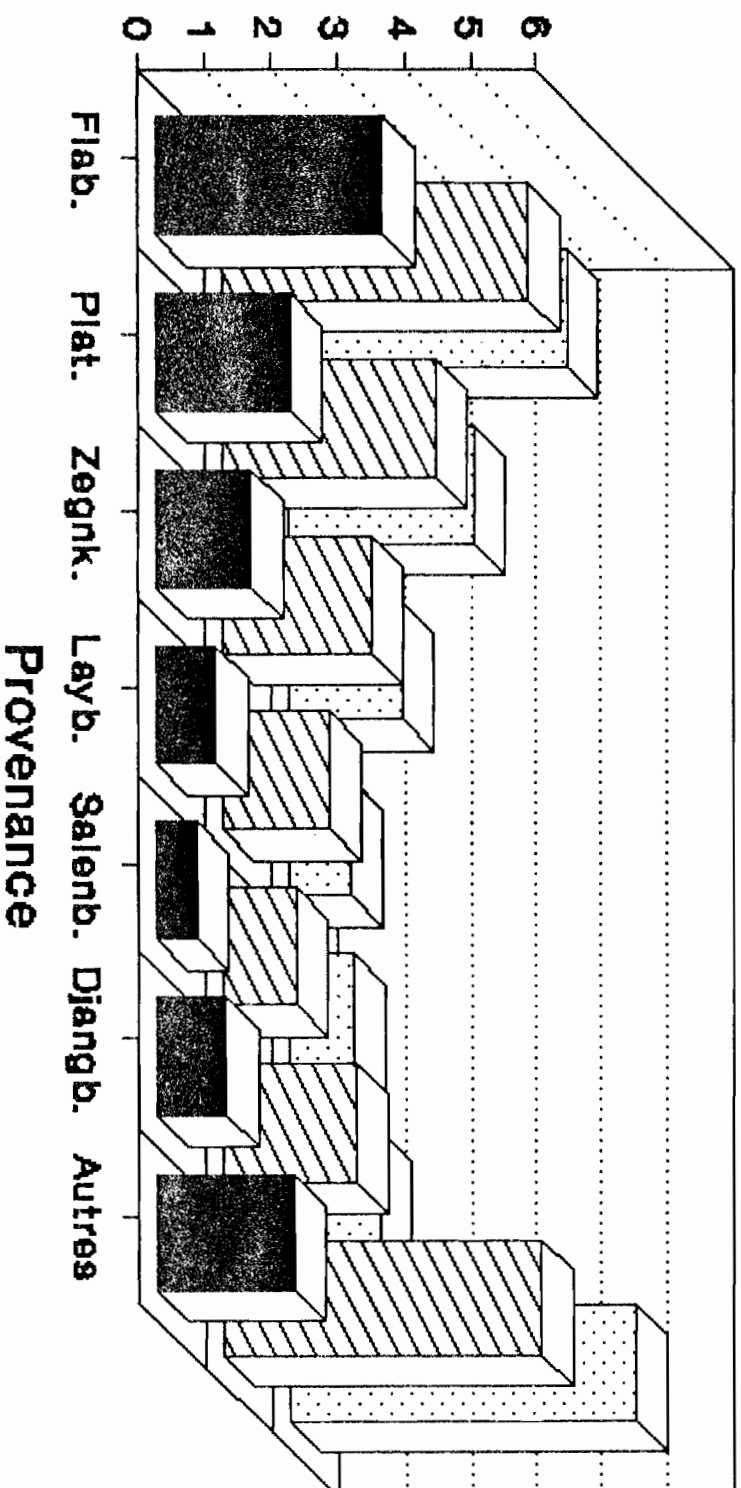
**TABLEAU 55: EVOLUTION DES CONSULTATIONS MÉDICALES PAR MOIS ET PAR ANNÉE DU CENTRE DE SANTÉ ASACOBA.**

MOIS	1989-1990		1990-1991		1991-1992	
	Bankoni	Hors Bankoni	Bankoni	Hors Bankoni	Bankoni	Hors Bankoni
Mars	204	32	1.242	333	1.307	449
Avril	631	99	1.244	332	1.029	135
Mai	705	110	1.413	376	889	317
Juin	639	100	1.203	320	762	261
Juillet	575	90	831	221	713	246
Août	646	101	1.108	295	934	322
Septembre	704	110	679	181	1.075	369
Octobre	1.006	94	1.641	437	864	298
Novembre	1.160	462	1.329	1.027	1.084	373
Décembre	1.259	585	886	136	1.067	369
Janvier	937	146	1.016	384	1.053	389
Février	990	154	2.257	666	1.185	516
	9.456	2.083	14.849	4.708	11.962	4.044
	11.539		19.557		16.006	

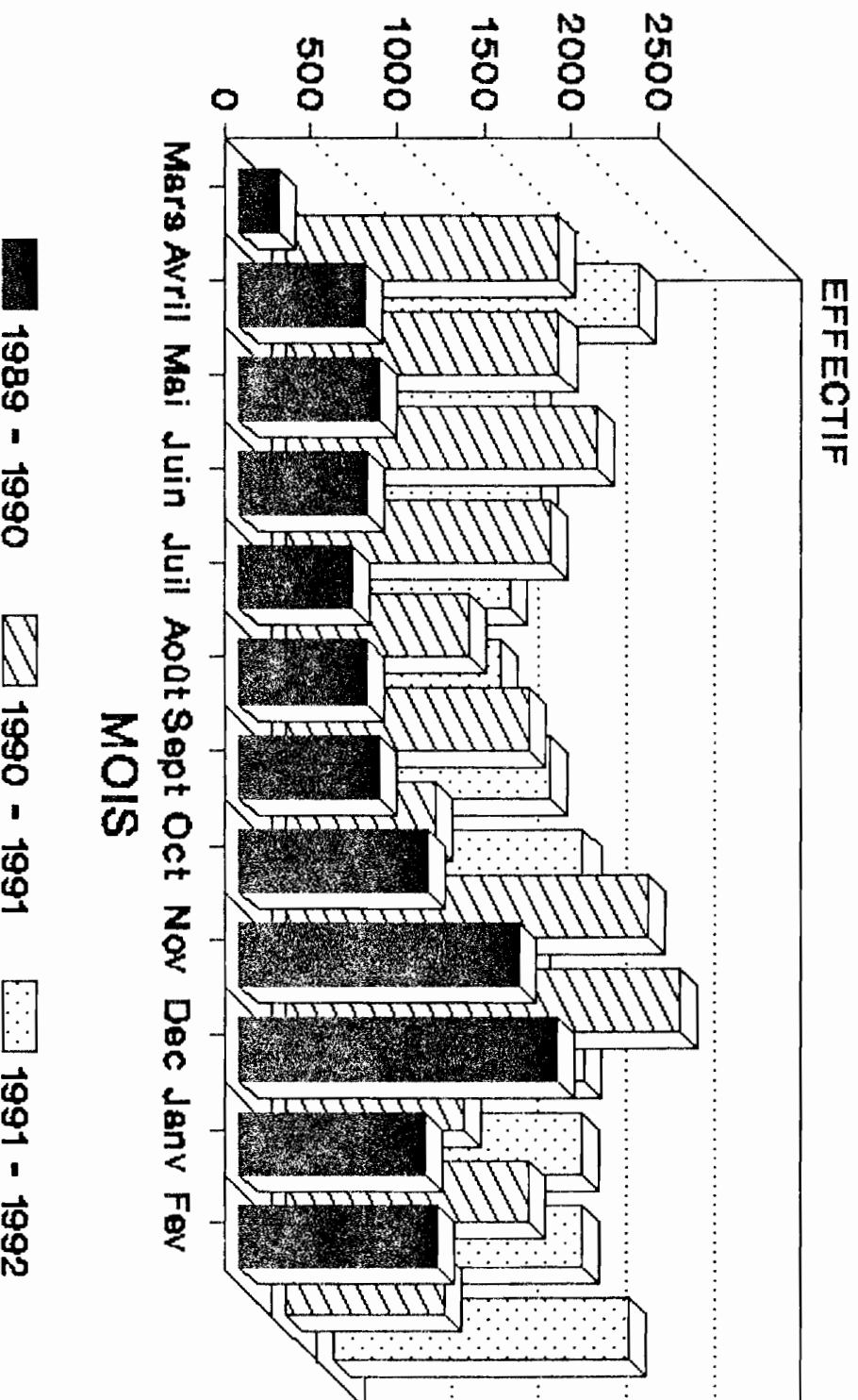
On note une évolution croissante du nombre de consultation par année avec une légère baisse à la 3ème année. Le nombre de consultants venant d'ailleurs est resté le même pendant les 2ème et 3ème année.

# EVOLUTION DES CONSULTATIONS MEDICALES DE 89 à 1992

Effectif (Thousands)



# EVOLUTION DES CONSULTATIONS MEDICALES PAR MOIS ET PAR ANNEE



Graphique 23' 22

## 4.3 SOINS INFIRMIERS

TABLEAU 56 - SOINS INFIRMIERS

	Pansement		Injections	
	eff	%	eff	%
1989 à parler de mars	567	2,91	496	4,07
1990	4.084	20,93	2.141	17,60
1991	5.322	27,26	3.482	28,60
1992	9.544	48,90	6.054	49,73
TOTAL	19.517	100	12.173	100

Les pansements ont augmenté d'année en d'année si en 1990 il y a eu 20,9 % de pansement, en 1992 il y a eu 48,9 %. Egalement les injections ont connu une évolution similaire donc progressive. Mais il y a eu plus de pansement que d'injection dans la rubrique des soins infirmiers.

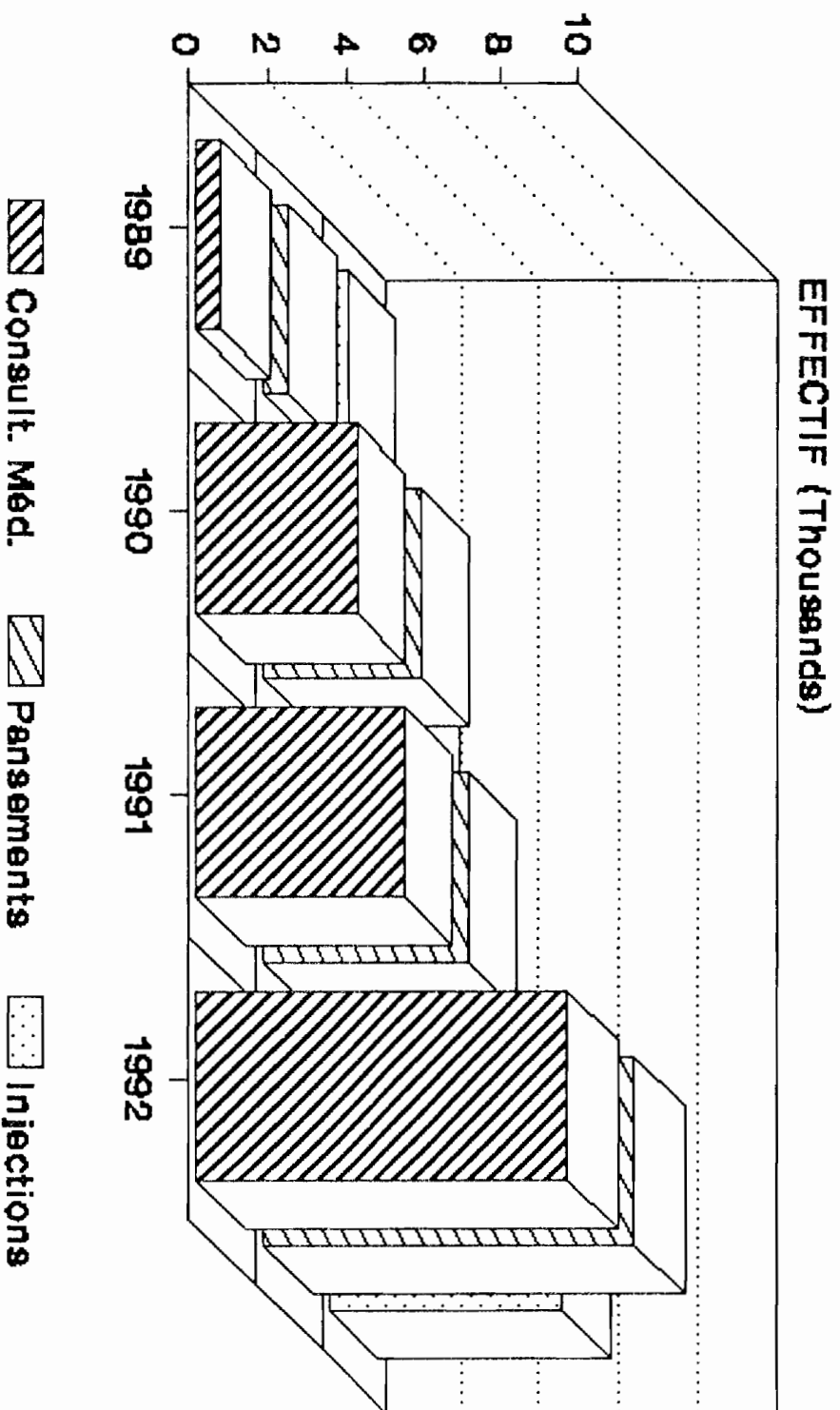
TABLEAU 57 : CONSULTATIONS MEDICALES RAPPORTEES AUX SOINS INFIRMIERS

ANNEE	CONSULTATIONS MEDICALES	PANSEMENTS	INJECTIONS
1989	7.395	597 (8,1%)	496 (6,7%)
1990	16.924	4.084 (24,1%)	2.141 (12,7)
1991	15.508	5.322 (34,1%)	3.482 (22,5%)
1992	23.987	9.544 (39,8%)	6.054 (25,2%)
TOTAL	63.814	19.547 (30,6%)	12.173 (19,1%)

En 1989, les soins infirmiers (injections + pansement) ont représenté 14,8% des consultations médicales 36,8% en 1990; 56,6% en 1991 et 64,)% en 1992. Les soins infirmiers occupent une part importante de l'activité du centre. Une étude plus approfondie qui tiendrait en compte la consommation des produits oraux permettrait de mener leur rapport avec les produits injectables. L'intérêt de cette donnée est d'évaluer l'impact des produits injectables sur les recettes en médicaments et le coût de l'ordonnance. Car on sait que les produits oraux coûtent moins chers que les injectables.

Il n'y a aucune tarification des soins infirmiers qui constituent des charges pour le centre.

# CONSULTATIONS MEDICALES RAPPORTEEES AUX SOINS INFIRMIERS



#### 4.4 CONSULTATIONS PRENATALES

**TABLEAU 58 : EVOLUTION DES CONSULTATIONS PRENATALES**  
(Mars 1989 - Février 1992)

Ces données de routine recueillies dans les rapports de centre permettent d'apprécier le taux de fréquentation du centre ainsi que l'indice d'assiduité. Ces taux n'ont pas pu être appréciés par les données de l'enquête sur le terrain.

ANNEE	NOUVELLES CONSULTANTES	ANCIENNES CONSULTANTES	TOTAL
1989	344	874	1.218
1990	1.344	2.355	3.689
1991	1.427	4.268	5.695
1992	2.128	3.580	5.708
TOTAL	5.233	11.077	16.310

On note une évolution croissante des consultantes et des consultations prénatales. 90,8% des femmes qui consultent au Centre de Santé de Bankoni viennent pour les consultations prénatales (cf consultation médicales : nouveaux épisodes).

La fréquentation élevée du centre par les femmes se trouve confirmée.

Seulement 16,1% des femmes de Bankoni en âge de procréer estimée à 7.544 ont consulté à l'ASACOPA en 1989. Il y a eu une moyenne de 20 consultantes par jour. Ces chiffres ne concernent que les mois de novembre et de décembre car la maternité a commencé, en novembre, ses consultations prénatales.

En 1990, 47,6% des femmes de Bankoni en âge de procréer ont effectué une consultation prénatale à la maternité. Quand on sait que 62% des femmes ayant accouché n'ont pas fait de consultation prénatale, on peut estimer l'intérêt que les femmes ont accordé au centre pour ces consultations.

En moyenne il y a eu 10 consultantes par jour.

En 1991, 71,6% des femmes en âge de procréer ont fréquenté la maternité de l'ASACOPA. Il y a eu une moyenne de 16 consultations par jour.

En 1992, 69,8% des femmes en âge de procréer ont fréquenté la maternité de l'ASACOPA avec 16 consultantes par jour.



Durant les trois années, en considérant les femmes en âge de procréer, il y a eu un taux moyen de fréquentation de 61,2%. Egalement quatorze femmes ont été consultées en visite prénatale par jour. En novembre et décembre 1989, il y a eu vingt consultations prénatales par jour.

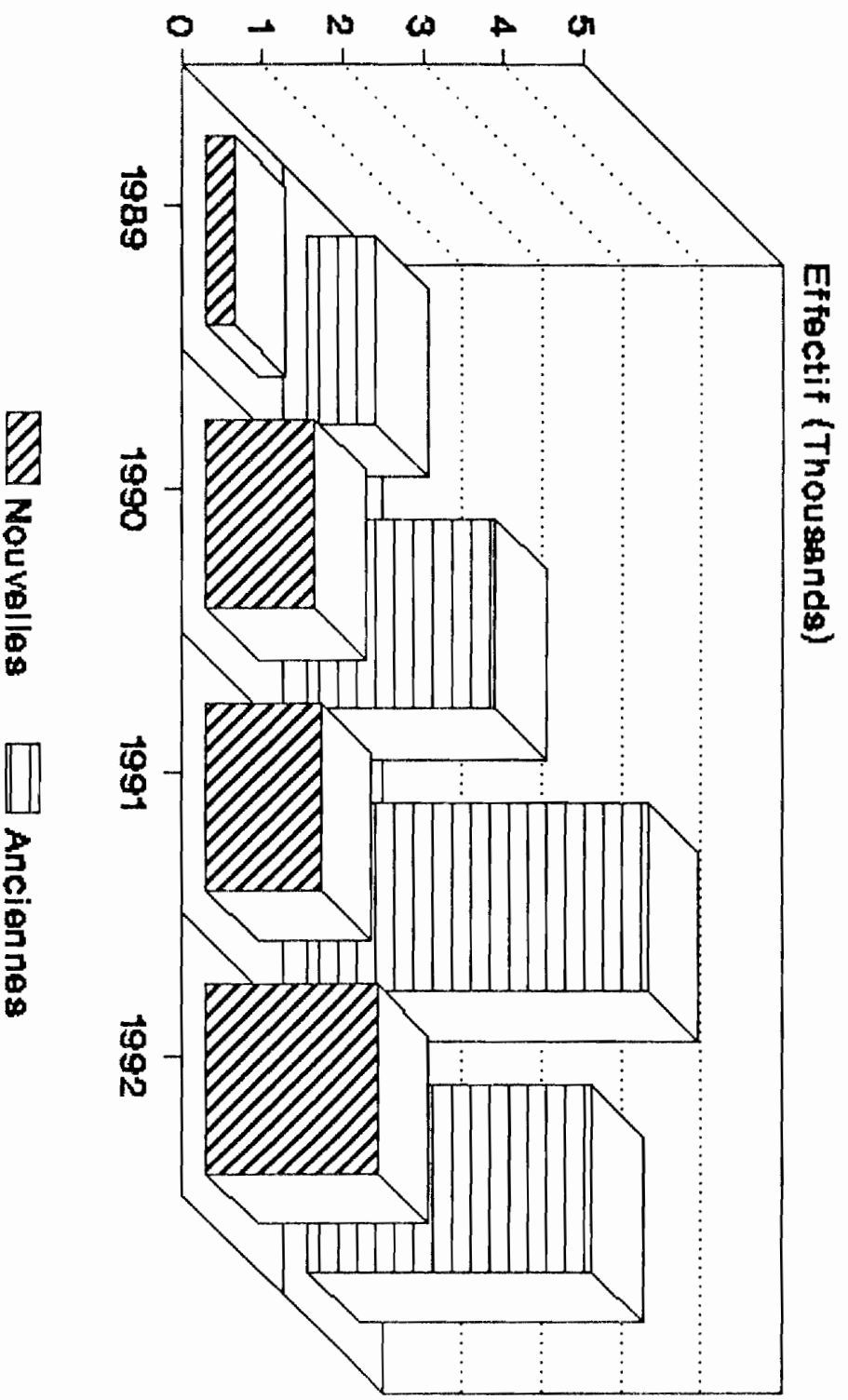
Les consultations prénatales ont lieu trois fois par semaine, la sage-femme reçoit en moyenne quarante-deux femmes, par consultation.

A l'accouchement les femmes enquêtées ont eu des prescriptions de médicaments.

On constate une fluctuation de l'indice d'assiduité; il était de 3,5% en 1989, il est tombé à 2,7% en 1990, il remonte à 4 en 1991 pour revenir au même niveau qu'en 1990 (2,7%).

L'indice d'assiduité de 1992 de l'ASACOBA avoisine celui de la PMI de Korofina qui s'élève à 2,9%. Une étude spécifique permettrait de faire une analyse approfondie de cette variation.

# EVOLUTION DES CONSULTATIONS PRENATALES



Graphique 24

TABLEAU 59 : CONSULTATIONS PRENATALES

LIEUX	1ère cons.		2ème cons.		3ème cons.		4è cons.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ASACOBA	31	14,9	29	14	26	12,5	24	11,5
DLP	2	0,9	2	0,9	2	0,9	2	0,9
DST	16	7,7	14	6,7	9	4,3	8	3,8
KOROFINA	12	5,7	11	5,2	10	4,8	10	4,8
SIKORO	19	9,1	20	9,6	17	8,1	11	5,3
FADJIGUILA	7	3,3	6	2,3	2	0,9	1	0,4
MME DIAKITE								
CLINIQUE	4	1,9	4	1,9	3	1,4	4	1,9
PMI MISSIRA	18	8,6	18	8,6	18	8,6	17	8,1
HGT	5	2,4	3	1,4	3	1,4	3	1,4
AUTRES	9	4,3	9	4,3	9	4,3	11	5,3
SANS REPONSE	85	40,8	82	39,4	109	52,4	117	56,2
TOTAL	208	100	108	100	203	100	208	100

#### A la première consultation,

Sur les sept centres de santé cités de la commune I, Bankoni vient en tête du point de vue de la fréquentation pour les consultations prénatales avec 14,9 %. Il est suivi par le dispensaire de Sikoroni 9,1% et le centre de soins infirmiers de Tounkara 7,7%.

Le cabinet de consultation privé de Mme Diakité n'enregistre que 1,9% et l'Hôpital Gabriel Touré enregistre 2,4%.

Les PMI de Korofina (5,7%) et de Missira (8,6%) qui sont spécialisées dans les soins maternels et infantiles viennent loin derrière le centre de Bankoni.

Le rapprochement des services maternels des populations est un des facteurs importants dans l'élévation du taux de fréquentation ou consultations prénatales, étant entendu que l'une des raisons de la création du centre de santé est l'éloignement des autres formations sanitaires du quartier de Bankoni.

Les raisons financières expliquent certainement, en plus de la proximité, le taux élevé de fréquentation surtout en le comparant au cabinet privé de Mme DIAKITE qui est tenu par au moins une gynécologue confirmée. L'infirmier de TOUNKARA ne devrait pas faire de consultations prénatales. Les informations recueillies à son niveau l'attestent. Mais le fait que des femmes aient déclaré qu'elles y ont subi des consultations nous pose des problèmes. Il s'agirait soit d'une confusion de leur part ou de l'exercice clandestin de la médecine. Des enquêtes plus approfondies permettront d'en savoir davantage.

Le fait que 40,8 % n'aient pu donner le nom de la formation sanitaire où elles ont fait des consultations peut signifier que certaines femmes ont complaisamment dit qu'elles font des consultations prénatales.

Désigner le lieu signifie qu'on a la possibilité d'aller vérifier dans les registres. Partant de cela, on peut penser que le nombre de femmes qui ont fait effectivement des consultations prénatales est plus bas.

A la deuxième consultation, le centre de santé de Bankoni est toujours en tête de liste. La tendance n'a pas tellement varié, les différents taux sont presque les mêmes que pour la première consultation. On note une légère diminution à la troisième consultation. L'ordre de dominance n'a pas non plus connu de variation significative. Le centre de santé de Bankoni garde son avancée. Son taux a varié de 14% à 12,5%. On peut à ce niveau faire deux hypothèses sur la diminution de la fréquentation.

- 1°) Parmi les femmes qui sont venues pour la consultation prénatale, certaines ont accouché avant la troisième consultation.
- 2°) Parmi les femmes consultées, il n'y a pas eu de suivi régulier dans la consultation prénatale.

En outre, le maintien de l'ordre de fréquentation montre une fidélité au lieu de consultation qui pourrait s'expliquer par les relations de confiance entre l'agent de santé et la consultante ; d'autres raisons pourraient bien l'expliquer, entre autres la distance, l'accueil.

A la quatrième consultation, on remarque également une baisse du taux de fréquentation des différents lieux. Mais l'ordre de fréquentation n'est que sensiblement modifié ; le Centre de Santé de Bankoni demeure toujours le lieu le plus fréquenté dans l'échantillon. On pourrait faire les mêmes hypothèses qu'au troisième lieu de consultation prénatale. Les consultations prénatales engendrent des frais comme cela apparaît dans le tableau suivant.

5 LES ACCOUCHEMENTS

**TABLEAU 60 : ACCOUCHEMENT PAR ANNEE AU CENTRE DE SANTE DE BANKONI  
(de Mars 1989 à decembre 1992)**

ANNEE	EFFECTIF	%
1989	162	2,3
1990	1982	27,5
1991	2197	30,4
1992	2875	39,8
TOTAL	7216	100

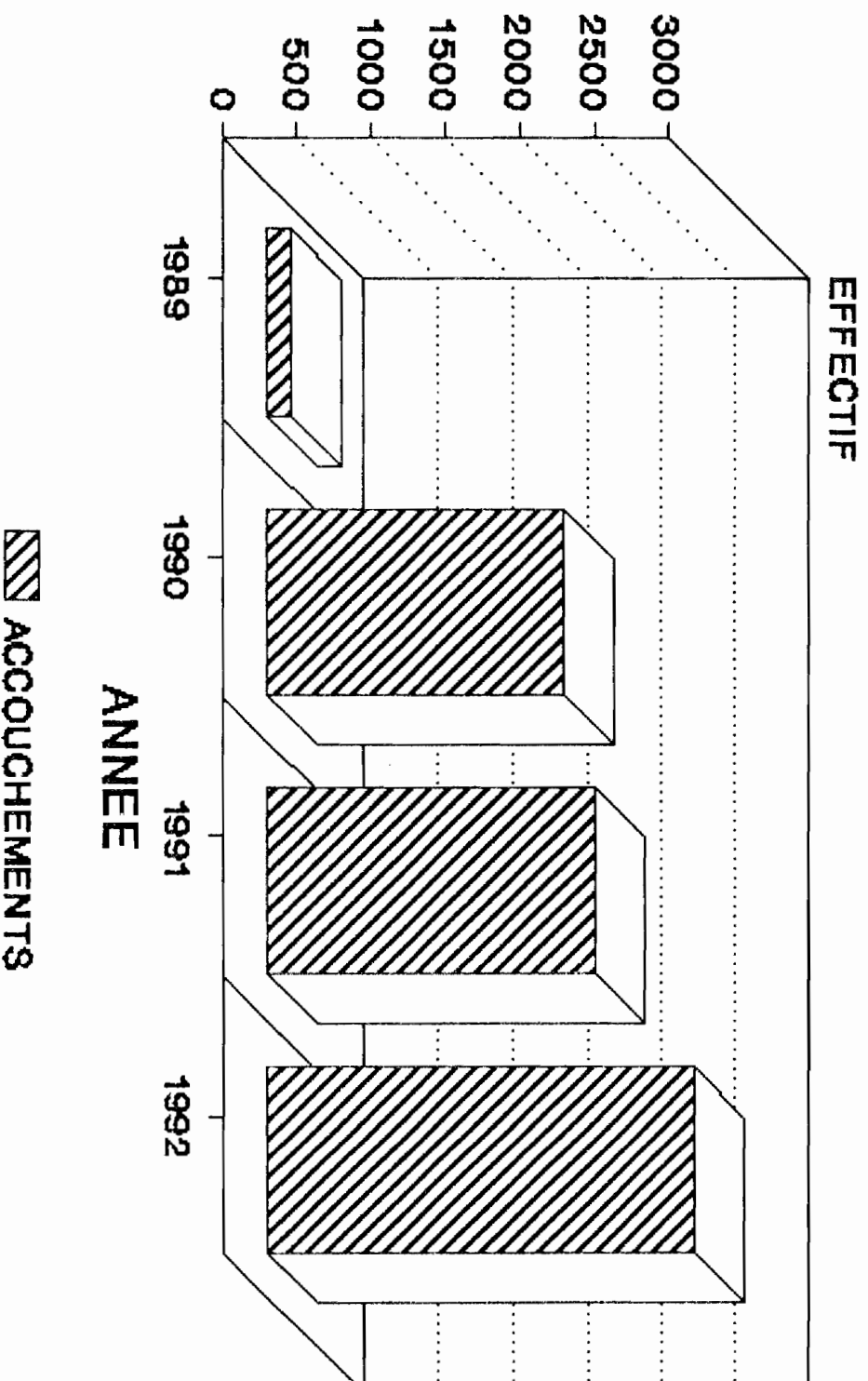
Le nombre de femmes ayant accouché au Centre de Santé de Bankoni a connu une évolution de 1989 à 1992. Celles qui ont accouché en 1989 ne constituent que 2,3 %.

Le faible taux est certainement dû au fait qu'il n'y avait pas de structure appropriée pour les accouchements. La maternité a ouvert ses portes officiellement le 23 février 1990. Il y a eu une évolution croissante certaine, comme l'indique le tableau.

Ceci témoigne d'une connaissance progressive du centre par la population et probablement de la qualité des prestations de service. En outre, le nombre de femmes ayant accouché au centre (7.216) durant ces trois ans dépasse le nombre de femmes venues en consultations prénatales (5.233). Ce comportement peut s'expliquer par le fait que toutes les femmes qui accouchent au centre de santé ne proviennent pas toutes de Bankoni. D'autre part, les femmes qui accouchent au centre de santé ne font pas toutes des consultations prénatales.

Le registre de la maternité confirme que la répartition des femmes ayant accouché au centre de santé n'a été faite qu'en 1992 ce qui corrobore l'hypothèse que toutes les femmes accouchant au centre de santé de Bankoni ne sont pas toutes de ce quartier.

# EVOLUTION DES ACCOUCHEMENTS DE 1989 à 1992



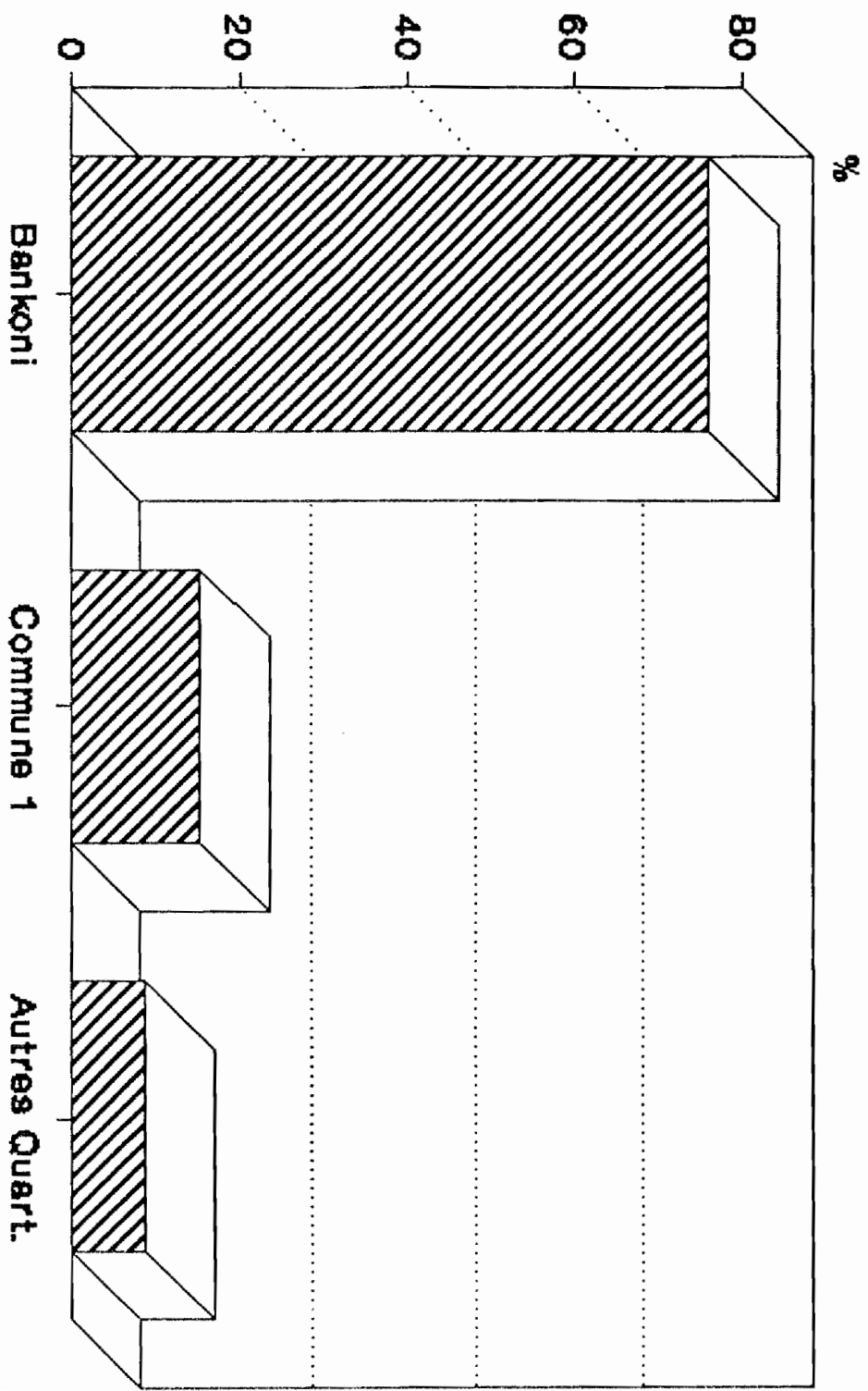
**TABEAU 61 : ACCOUCHEMENTS A LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE  
L'ASACOPA AU COURS DE L'ANNEE 1992.**

PROVENANCE	EFFECTIF	%
Bankoni	2.187	76,1
Commune I	440	15,3
Autres	248	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>2.875</b>	<b>100</b>

La répartition selon la provenance n'a pas été faite en 1989 et 1991 à cause de l'inadéquation des supports utilisés.

76,1 % des femmes ayant accouché au Centre de Bankoni proviennent du quartier ; 15,3 % proviennent de la commune I et 8,6 % proviennent d'ailleurs. Ceci s'est passé durant l'année 1992. Le centre répond donc aux besoins du quartier et il n'est pas étonnant, compte tenu de la fréquentation du centre par les femmes que ce sont elles qui sont à l'origine de la création du Centre de Santé de Bankoni.

# ACCOUCHEMENT EN FONCTION DE LA PROVENANCE EN 1992



Graphique 26



4.6 LA PLANIFICATION FAMILIALETABLEAU 62: CONSULTATIONS DE PLANIFICATION FAMILIALE A LA MATERNITE DE L'ASACOBA

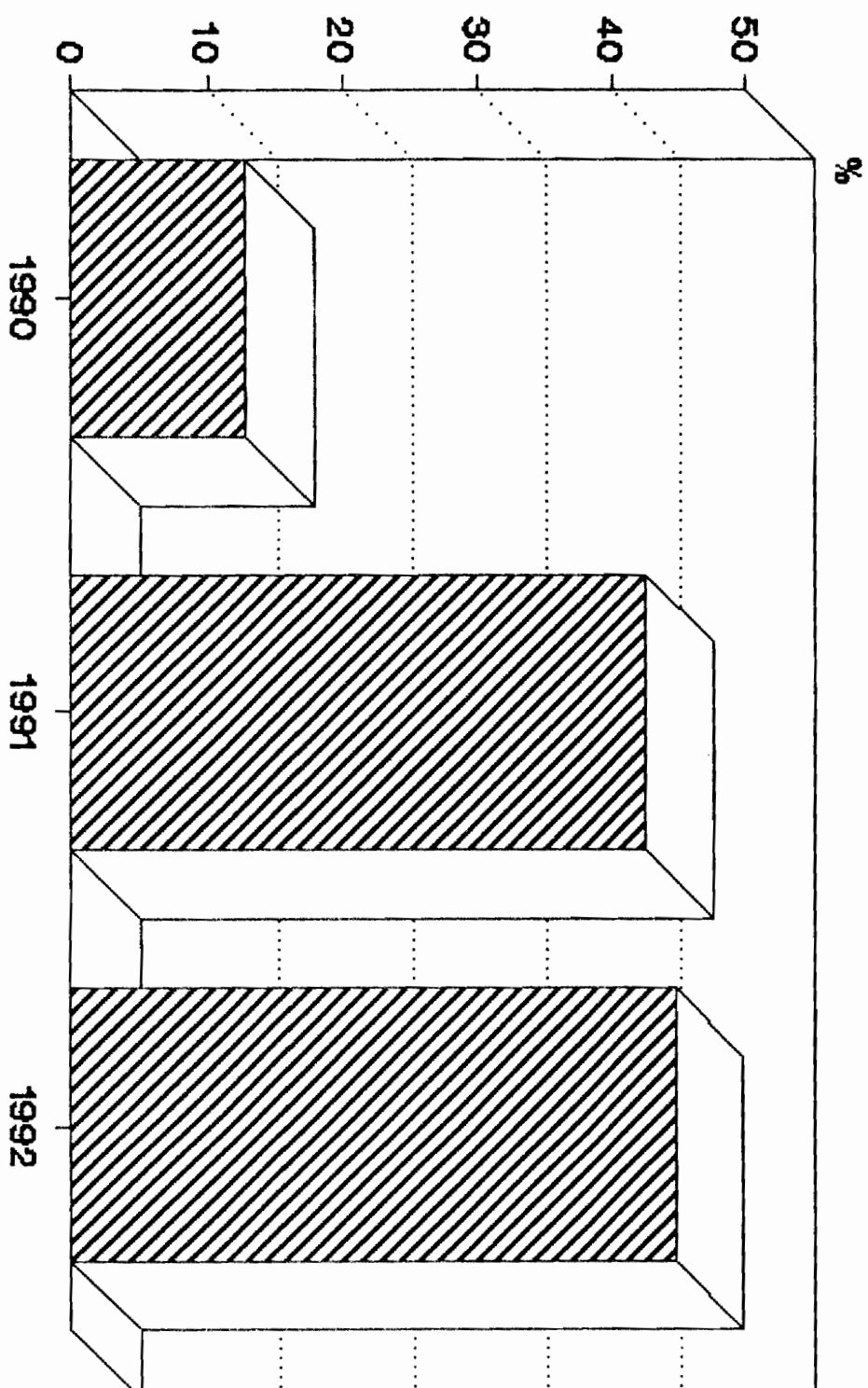
ANNEE	CONSULTANTES		CONSULTATIONS	
	EFF	%	EFF	%
1990	118	12,8	190	9,2
1991	393	42,5	948	45,8
1992	414	44,7	932	45,0
TOTAL	925	100	2.070	100

Le nombre de consultantes pour la planification familiale a augmenté d'année en année.

Egalement le nombre de consultations a progressé sauf en 1992 où il y a une diminution. Cependant le taux des consultantes pour la même période n'a pas connu de baisse par rapport aux deux années précédentes.

Le taux d'acceptation confirme la progression constatée (0,7% en 1990, 2,5% en 1991 et 2,6 en 1992 qui avoisine celui de la PMI de Korofina estimé à 3% en 1992.

## EVOLUTION DES CONSULTANTES A LA PLANIFICATION FAMILIALE



Graphique 27

**TABEAU 63 : METHODES CONTRACEPTIVES UTILISEE A L'ASACOBIA EN 1990**

NATURE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Préservatif Oral	162	83,50
Présevatif Injectable	13	6,70
Spermicide	2	1,03
Dispositif Intra-Utérin	3	1,55
Condoms	14	7,22
TOTAL	194	100

La contraception orale est de loin la plus utilisée 83,5 % suivi des condoms 7,2 % et des injections 6,7 %. Les spermicides sont les moins utilisés et viennent après les dispositifs ultra-uterins.

**TABEAU 64 : METHODES CONTRACEPTIVES UTILISEES A L'ASACOBIA EN 1991**

NATURE	EFFECTIF	Pourcentage
Preservatif Oral	836	88,09
Preservatif Injectable	27	2,85
SPERMICIDE	67	7,06
Dispositif Intra-Utérin	0	0
Condoms	19	2
TOTAL	949	100

Pendant cette année et suivant la logique croissante des consultantes les contraceptions ont été utilisées de façon progressive. Seul le dispositif intra-uterin n'a pas été utilisé cette année. Les spermicides dépassent les préservatifs injectables.

**TABEAU 65 : METHODES CONTRACEPTIVES UTILISEES EN 1992**

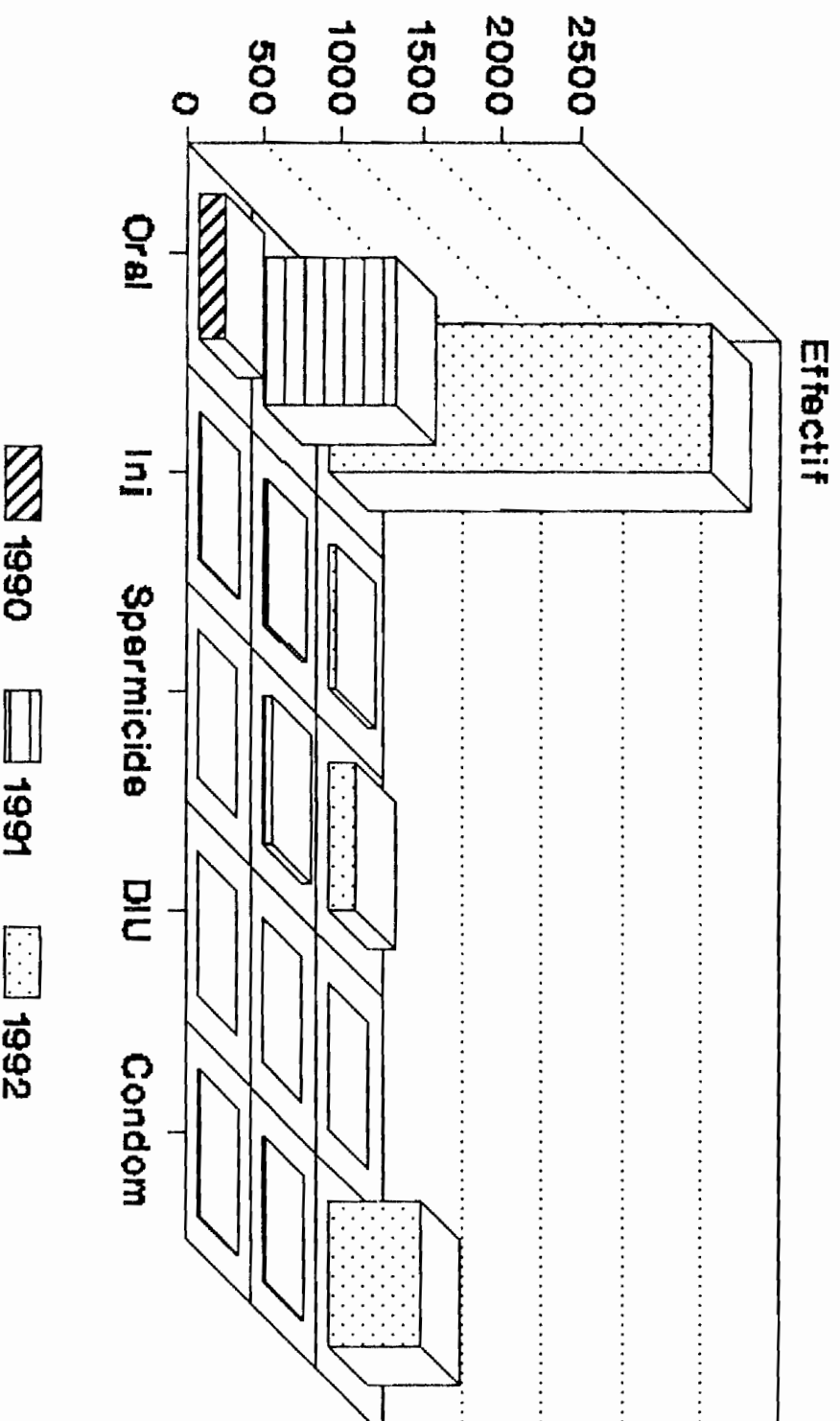
Nature	Effectif	Pourcentage
Preservatif Oral	2.394	75,34
Preservatif injectable	50	1,60
SPERMICIDE	169	5,31
Dispositif intra-Utérin	0	0
Condom	564	17,75
TOTAL	3.177	100

Les préservatifs (oral, injectable, spermicide, dispositif intra-utérin et condom), utilisés durant cette période dépassent ceux des années précédentes. Ils représentent 73,54% de l'ensemble des préservatifs utilisés depuis l'existence du centre.

Toutes les gammes de préservatifs ont été augmentées cette année sauf les dispositifs intra-utérins qui n'ont pas été utilisés. Cette évolution progressive de la consommation des préservatifs atteste que la planification familiale gagne les moeurs à Bankoni. Cela est dû certainement aux campagnes de sensibilisation en cours au centre de santé.

Parmi les femmes enquêtées certaines avaient des enfants de moins de 8 ans.

# REPARTITION EN FONCTION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE



4.7 VACCINATIONSTABLEAU N° 66 : STATUT VACCINAL DES ENFANTS DE 0 à 6 ANS SELON LE TYPE D'ANTIGENE

ANNEE	1989		1990		1991		1992	
	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%	EFF.	%
BCG	48	29,81	1894	17,70	2718	15,51	691	14,30
DTC3P3	75	46,59	7190	67,20	7959	45,42	2279	47,14
VAR	38	23,60	1615	15,10	4227	24,12	637	13,18
VAA					4209	24,02	1227	25,38
TOTAL	161	100	10699	100	17520	100	4834	100

La proportion des enquêtés qui n'ont pas répondu à la question est assez importante. Elle pose une fois encore la perception de l'intérêt de la vaccination en même temps le problème de sensibilisation des mères.

TABLEAU 67 FEMMES EN AGE DE PROCREER VACCINEES CONTRE LE TETANOS DE 1989 A 1992

ANNEE	VAT I		VAT 2		VAT R		TOTAL	
1989 (A partir de decembre seulement)	20	0,91	1	0,06	3	0,63	24	0,58
1990	1016	46,52	672	45,30	63	13,15	1751	43,92
1991	559	25,60	425	28,63	94	19,62	1078	26
1992	589	26,97	386	26,01	319	66,60	1294	31,20
TOTAL	2.184	100,0	1.484	100,0	479	100	4147	100

En 1989 seulement 0,6 % des femmes en âge de procréer ont été vaccinées contre le tétanos.

De la première vaccination à celle de rappel on note une évolution régressive. C'est lors de la vaccination de rappel que le chiffre augmente en rapport avec la deuxième (on va d'une femme vaccinée à trois femmes). Les deux qui ont reçu leur rappel ont dû faire la deuxième vaccination ailleurs qu'ASACOBA.

En 1990, 42,2 % des femmes ont été vaccinées. De la première vaccination au rappel, on note également une chute progressive assez remarquable.

En 1991 où 26 % des femmes ont été vaccinées, on note que le même constat de régression est valable cette année et également en 1992 où 31,2 % des femmes ont été vaccinées contre le tétanos.

D'une manière générale, les femmes qui viennent pour leur deuxième vaccination sont moins nombreuses que celles qui se sont faites vacciner la première fois. Celles qui viennent faire le rappel sont beaucoup moins nombreuses. Il n'y a donc pas de suivi régulier de la vaccination. C'est dire que les femmes n'ont pas compris les raisons fondamentales pour lesquelles la vaccination est faite

La sensibilisation est donc nécessaire, si l'on considère que les femmes en âge de procréer à Bankoni sont estimées à 31.421, le taux de vaccination s'élève à 13,2 % contre 51,3 % de taux moyen des femmes en âge de procréer qui fréquentent le centre de santé. Cette couverture peut être jugée faible.

#### 4.8 BILAN FINANCIER DU CENTRE DE SANTE ASACOSA DE 1989 A 1992

Tout le personnel n'a pas une idée des fonds dont dispose le centre qui doit generer ses propres ressources. Sans entrer dans une avantage économique nous présentons dans le dernier chapitre le bilan financier du centre de santé de 1989 à 1992.

##### 4.8.1 COMPTES DE RESULTATS

**TABLEAU 68 : RECETTES PROPRES POUR L'ANNEE 1990**

RECETTES	:	MONTANT EN FCFA	:	POURCENTAGE
Vente médicaments	:	6.897.500	:	51,6
Consultations médicales	:	3.602.700	:	26,9
Accouchements	:	2.001.260	:	15,0
Consultations prénatales	:	234.800	:	1,8
Laboratoire	:	537.550	:	4,0
CREN	:		:	
Cotisation des adhérents	:	101.000	:	0,8
<b>T O T A L</b>	<b>:</b>	<b>13.374.810</b>	<b>:</b>	<b>100</b>

La vente des médicaments constitue 51,6 % des recettes globales de cette année suivie des consultations médicales (26,9 %). Les accouchements ont généré 15 % de recettes ; tandis que les consultations prénatales n'ont apporté que 1,8 %.

Le laboratoire occupe la quatrième place avec 4 % des recettes. Les membres de l'Association n'ont contribué qu'à hauteur de 0,8 % seulement des recettes, ce qui correspond au prix des cartes de 202 membres. Les prestations du Centre contribuent de loin à son fonctionnement par rapport aux efforts des membres de l'Association



**TABLEAU 69 : COMPTE DES CHARGES POUR L'ANNEE 1990**

CHARGES	MONTANT EN FCFA	POURCENTAGE
Achat médicament	3.537.410	31,8
Fourniture eau	80.500	0,7
Equipement travaux	482.200	4,3
Salaires appointement	4.056.712	36,5
Charges sociales	892.477	8,0
Frais BP	7.000	0,1
Assurances	59.388	0,5
Entretien et Reparation	117.000	1,1
Publicité	38.000	0,3
Location	314.000	2,8
Honoraires	31.202	0,3
ITVA	2.500	0,02
Dotation aux Amortisse- ment et Provision	1.490.236	13,4
Résultat (bénéfice)	(2.266.185)	
TOTAL	13.374.810	100

Le solde beneficiataire est de **2.266.185 FCFA**

Les salaires et appointement du personnel constituent les charges les plus élevées (36,5 %) du centre suivie de l'achat des médicaments.

La dotation aux amortissements et provisions (DAP) vient en troisième position avec 13,4 %

Les autres charges (eau, location, assurance...) prises isolement constituent moins de 10 % des dépenses.

Durant l'exercice 1990, le centre de part ses prestations a réalisé un bénéfice de 2.266.185 F CFA.

**TABLEAU 70 : COMPTE DE RESULTAT POUR L'EXERCICE 1991: RECETTES**

PRODUITS	MONTANT	POURCENTAGE
Vente médicaments	12.230.565	53,7
Consultations médicales	5.060.500	22,2
Accouchements	2.121.625	9,3
Consultations prénatale	455.150	2,0
Laboratoire (examen paraclinique)	2.789.805	12,3
CREN	73.650	0,3
Cotisation adhérents	48.500	0,2
TOTAL	22.779.795	100

La vente des médicaments constitue plus de la moitié des recettes du centre (53,7 %).

Elle est suivie des consultations médicales 22,2% les examens de laboratoire viennent en 3<sup>è</sup> position avec 12,3 %. Les cotisations des adhérents n'occupent que 0,2 %. Le CREN qui est une activité beaucoup plus sociale n'a apporté que 10,2 % de recettes. La contribution des membres de l'association est insignifiante et on peut considérer que seulement 97 adhérents ont payé la carte cette année. Le centre vit essentiellement de ses prestations.

**TABLEAU 71 : COMPTE DES CHARGES POUR L'EXERCICE 1991: CHARGES**

CHARGES	MONTANT	POURCENTAGE
Achat médicaments	10.151.470	31,9
Variation de Stocks	- 4.000.000	12,6
Fourniture eau	755.085	2,4
Equipements travaux	166.950	0,5
Autres approvisionnements	1.225.000	3,9
Etudes et prestations de services	30.000	0,1
Salaires et appointements	8.368.171	26,3
Congés payés	419.658	1,3
Charges sociales	1.924.679	6,0
Frais BP	7.000	0,0
Déplacement	649.750	2,0
Assurances	67.927	0,2
Entretiens et réparations	93.800	0,3
Publicités	1.534.500	4,8
Locations	519.000	1,6
Honoraires	225.291	0,7
Divers	28.000	0,1
TVA	14.750	0,04
Pertes exceptionnelles en médicaments	742.640	2,3
DHP	901.563	2,8
Résultat (Déficitaire)	- 1.045.439	
TOTAL	22.779.795	100

L'achat des médicaments a occupé le plus gros poste des charges durant l'année 91 suivi des salaires et appointement.

En 1991, le centre a connu une intense activité qui a vu apparaître certaines charges (études et prestation, déplacement, congés payés, autres approvisionnements divers), la création du centre de l'enfance générant d'autres dépenses parmi lesquelles la publicité. Si l'association jouait son rôle cette rubrique n'aurait pas grevé les fonds du centre.

Il y a un déficit de 1.045.439 F cette année engendré par la publicité qui était imprévue et les autres charges suscitées.

TABLEAU 72 : COMPTE DE RESULTATS POUR L'EXERCICE 1992 : RECETTES

PRODUITS	MONTANT	POURCENTAGE
Vente médicaments	15.508.505	48,8
Consultations médicales	7.653.500	24,1
Accouchements	2.601.000	8,2
Consultations prénatales	736.435	2,3
Laboratoire	4.797.370	15,2
Carnet de l'enfant	116.300	0,4
Planning	34.350	0,1
Cotisations adhérents	309.500	1,0
Autres produits (dons)	50.000	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>31.806.960</b>	<b>100</b>

Les recettes de la pharmacie constituent environ la moitié des recettes globales de l'année 1992 (48,8 %). Elles permettent à elles seules de payer le salaire du personnel et renouveler plus de la moitié du stock des médicaments de la pharmacie.

Les frais des consultations occupent 24,1 % suivis de ceux des analyses effectuées au laboratoire 15,1 %. Les frais accouchements viennent en 3<sup>e</sup> position avec 8,2% des recettes globales suivis de la convention prénatale 2,3 % et des cotisations des adhérents 1 %.

Les adhérents apportent peu aux recettes du centre de santé. Ceci est en rapport avec le nombre réduit d'adhérent. La somme versée au compte des adhésions correspond aux prix de cartes de 619 adhérents.

Le fonctionnement du centre demeure essentiellement l'oeuvre des prestations de service. Les dons ne constituent cette année que 0,2% des recettes.

TABLEAU 73 : COMPTE DES CHARGES POUR L'EXERCICE 1992

CHARGES	MONTANT	POURCENTAGE
<b>CHARGES D'EXPLOITATION:</b>		
Achat des Médicaments	- 4.455.420	
Variations stock médicaments	13.008.940	14,5
Salaires et appointement	1.504.702	4,9
Congés payés	738.850	42,5
Charges sociales INPS	2.012.560	2,4
Honoraires	1.561.480	6,6
<b>AUTRES CHARGES D'EXPLOITATION:</b>		5,1
Location	271.035	
Fourniture eau	1.391.000	0,9
Equipements travaux	861.200	4,5
Autres approvisionnements	3.294.500	2,8
. Etude et prestation de service		10,8
Frais BP	9.000	
Frais déplacement		0,03
Assurance	59.398	
Entretien et reparation	573.450	0,2
Publicité		1,9
TVA		
<b>CHARGES EXEPTIONNELLES</b>		
(Perte medicament)		
DAP	898.240	2,9
<b>TOTAL CHARGES</b>	30.639.765	
solde (benefice)	1.167.195	
<b>TOTAL GENERAL</b>	31.806.960	100

Les salaires et les appointements occupent les plus grosses dépenses du centre. Ils s'élèvent à 42,5 %. L'achat des médicaments entraîne moins de charge (14,5 %) bien qu'il occupe le 2ème rang des charges du centre. Il est suivi des "autres approvisionnements" 10,8 %.

Les charges sociales s'élèvent à 6,6 % suivies des honoraires 5,1%, des variations de stock de médicament (4,9 %) fourniture d'eau (0,8%), pertes en médicaments 2,9 % et les équipements-travaux (4,5%). Les charges les moins élevés sont celles de la location (0,8 %) de l'entretien et des réparations (1,9 %, de l'assurance 0,2%) et des frais BP 0,03%.

L'étude des prestations les frais de déplacements la publicité et la TVA ne comptent pas dans ces charges. Ces charges sont cependant à prendre en compte d'autant plus qu'elles constituent mis à part la TVA, des facteurs d'élévation de la qualité des prestations et de développement du centre.

Nous n'avons pas pu disposer des données comptables de l'exercice 89. C'est en 1990 que le centre a recruté un comptable ce qui a rendu possible l'exploitation des données de 1990 à 1992.

- On constate une intensification de l'activité du centre témoignée par l'augmentation progressive d'année en année des recettes et des charges.

Au point de vue des recettes, la vente des médicaments occupe le 1er rang ce qui fait dire que si le fonctionnement du centre dépend essentiellement de ses prestations eu égard à la faiblesse des cotisations des membres de l'ASCOBA, sa force réside en la vente des médicaments.

Les consultations médicales ont toujours occupé durant les 3 années la 2ème place. Le centre de santé de Bankoni est perçu comme celui des femmes et des enfants à cause de l'affluence de ces derniers. Mais les prestations strictement liées à ces couches (consultations prénatales, accouchement, CREN) sont moins génératrices de recettes.

Le laboratoire a été progressivement sollicité et a quadruplé ses recettes en 1991. Ces mêmes recettes ont été triplées en 1992 (voir Tableaux 63, 65 et 67).

Les cotisations des membres demeurent insignifiantes témoignant encore une fois de plus du peu de rôle joué par l'association.

Les charges les plus élevées du centre sont celles des salaires. La masse salariale a augmenté du fait de recrutement d'agents.

Ces bilans n'ont pas tenu compte de l'amortissement et de l'investissement pour l'acquisition de nouveau matériel. Ce problème demeure posé car s'inscrivant dans le cadre de la pérennité du centre et de sa capacité à couvrir toutes ses charges grâce à son service de recouvrement et cotisation des adhérents à l'association.

Il ressort de cette étude que sur les 3 années le centre a été capable de couvrir l'ensemble de ses charges de fonctionnement y compris:

- Payer son personnel
- Renouveler son stock de médicaments
- assurer le fonctionnement de ses différentes unités.

Mais les charges imposées au centre de santé qu'il arrive à couvrir ne font ressortir que les dépenses de fonctionnement, il n'y a ni le renouvellement du matériel utilisé ni remplacement. Egalement les investissements d'expansion ne sont pas assurés par le système de recouvrement des coûts. Egalement l'achat des réactifs n'a pas été tenue en compte.

4.8.2 **COMPTABILITE ANALYTIQUE****TABEAU 74 : REPARTITION DES CHARGES DU DISPENSAIRE PAR ANNEE**

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement	441.975	562.200	1.000.000
Fourniture Matériels de bureau	318.500	252.450	417.300
Location	322.500	398.000	528.000
Achat médicaments	325.000	315.000	0
Salaires et accessoires	1.979.420	4.787.679	2.773.120
Charges sociales			452.015
Congés payés			158.815
Honoraires (remplacement)			400.700
Divers	279.009	562.290	0
Amenagement des locaux	579.000	0	57.345
Equipements et meubles	919.700	0	0
Variation de stock			0
Pertes médicaments			0
Autres approvisionnements			988.350
Frais boîte postale			1.500
Assurance véhicule			5.938
Total	5.165.104	6.877.619	6.783.003

Au cours de la 1ère année, les charges sociales, les congés payés et les honoraires dus aux remplacements sont pris en compte dans la rubrique salaires et accessoires. Par contre ils sont bien différenciés au cours de la 3ème année d'exercice (1992).

**TABLEAU 75 : REPARTITION DES PRODUITS DU DISPENSAIRE PAR ANNEE**

PRODUITS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
Tickets de consultation	1.842.000	3.602.700	7.653.500
Vente médicaments			0
Accouchements	0	0	0
Consultations prénatales	0	0	0
Planning familial	0	0	0
Carnet de l'enfant	0	0	0
Cartes de membres	310.000	101.000	309.500
Laboratoire	64.415	537.550	0
Dons	0	0	10.000
Total	2.216.415	4.241.250	7.973.000

Les dons en nature et en espèce ont été comptabilisés à part, dans la rubrique investissements, que nous n'avons pas pu répartir entre les différentes unités. Pour cela nous présentons les investissements à part.

**TABEAU 76 : REPARTITION DES CHARGES DU LABORATOIRE PAR ANNEE**

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement		102.730	1.000.000
Fourniture Matériels de bureau		0	69.550
Location		0	0
Achat médicaments		0	0
Salaires et accessoires		180.000	711.480
Charges sociales		0	115.975
Congés payés		0	40.745
Honoraires (remplacement)		0	102.800
Divers		200.098	0
Amenagement des locaux		412.500	57.345
Equipements et meubles		0	0
Variation de stock		0	0
Pertes médicaments		0	0
Autres approvisionnements		0	164.725
Frais boîte postale		0	1.500
Assurance véhicule		0	5.938
Total		895.328	2.270.058

Au cours de la 1ère année d'activités, le laboratoire n'avait pas encore été crée, mais des analyses d'urines à la recherche de sucre et d'albumine chez les femmes enceintes étaient pratiqués par le dispensaire. C'est pour cette raison qu'aucune depense n'est effectuée au laboratoire qui n'existait pas encore à l'époque.



**TABLEAU 77 : REPARTITION DES PRODUITS DU LABORATOIRE PAR ANNEE**

PRODUITS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
Tickets de consultation			
Vente médicaments			
Accouchements			
Consultations prénatales			
Planning familial			
Carnet de l'enfant			
Cartes de membres			
Laboratoire	64.415	537.550	4.797.370
Dons			10.000
Total	64.415	537.550	4.807.370

Les investissements réalisés sous forme de dons sont classés à part dans le tableau 91.

**TABEAU 78 : REPARTITION DES CHARGES DE LA PHARMACIE PAR ANNEE**

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement			1.000.000
Fourniture Matériels de bureau			139.100
Location			0
Achat médicaments			4.455.420
Salaires et accessoires			1.336.250
Charges sociales			217.205
Congés payés			76.530
Honoraires (remplacement)			193.000
Divers			0
Amenagement des locaux			57.345
Equipements et meubles			0
Variation de stock			1.504.702
Pertes médicaments			898.240
Autres approvisionnements			329.450
Frais boîte postale			1.500
Assurance véhicule			5.938
Total			10.215.280

Les dépenses occasionnée par la pharmacie ont été comptabilisées au cours des 2 premières années au compte du dispensaire.

**TABLEAU 79 : REPARTITION DES PRODUITS DE LA PHARMACIE PAR ANNEE**

PRODUITS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
Tickets de consultation			
Vente médicaments	3.710.405	6.897.950	15.508.505
Accouchements			
Consultations prénatales			
Planning familial			
Carnet de l'enfant			
Cartes de membres			
Laboratoire			
Dons			10.000
Total	3.710.405	6.897.950	15.518.505

Les recettes de la pharmacie ont connu une évolution régulièrement croissante. Elles ont doublé à la 2ème année pour atteindre une augmentation de 112 % en 3ème année.

TABLEAU 80 : REPARTITION DES CHARGES DU CENTRE DE L'ENFANT PAR ANNEE

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement		102.730	860.783
Fourniture Matériels de bureau		9.000	69.550
Location		32.000	96.000
Achat médicaments		0	0
Salaires et accessoires		500.000	2.050.740
Charges sociales		0	334.265
Congés payés		0	117.445
Honoraires (remplacement)		0	296.320
Divers		200.098	0
Amenagement des locaux		2.852.150	57.345
Equipements et meubles		1.955.250	344.480
Variation de stock		0	0
Pertes médicaments		0	0
Autres approvisionnements		0	164.725
Frais boîte postale		0	1.500
Assurance véhicule		0	5.938
Total		5.651.228	4.399.091

L'ouverture du centre de l'enfant au cours de la fin de la 1ère année (Unité vaccination seulement en decembre 1989) justifie que les dépenses qu'il a occasionné aient été comptabilisées au compte du dispensaire. Les charges de fonctionnement à l'époque sont représentées par l'emploi d'une seule infirmière diplômée d'état.

**TABLEAU 81 : REPARTITION DES PRODUITS DU CENTRE DE L'ENFANT PAR ANNEE**

PRODUITS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
Tickets de consultation			
Vente médicaments			
Accouchements			
Consultations prénatales			
Planning familial			
Carnet de l'enfant		20.500	116.300
Cartes de membres			
Laboratoire			
Dons			10.000
Total		20.500	126.300

Le centre de l'enfant est une structure non génératrice de revenu, qui cependant occasionne d'énormes dépenses (cf Tableau 80) qui méritent d'être prise en compte.

**TABLEAU 82 : REPARTITION DES CHARGES DE LA MATERNITE PAR ANNEE**

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement	374.800	462.285	1.000.000
Fourniture Matériels de bureau	252.450	0	347.750
Location	14.000	90.000	150.000
Achat médicaments	0	0	0
Salaires et accessoires	1.540.800	1.540.800	2.981.750
Charges sociales	0	0	486.015
Congés payés	0	0	170.765
Honoraires (remplacement)	0	0	430.745
Divers	374.860	900.441	0
Amenagement des locaux	147.500	47.000	57.345
Equipements et meubles	669.700	0	516.720
Variation de stock	0	0	0
Pertes médicaments	0	0	0
Autres approvisionnements	0	0	823.625
Frais boîte postale	0	0	1.500
Assurance véhicule	0	0	5.938
Total	3.374.110	3.040.499	6.972.225

Les charges sociales, les congés payés, les honoraires et d'autres charges (frais boîte postale, assurance véhicule) ont été comptabilisé au cours des 2 premières années au compte du dispensaire. Les charges mensuelles de la maternité sont passées de 281.175 FCFA la première année à 581.018 FCFA la 3ème année.

**TABLEAU 83 : REPARTITION DES PRODUITS DE LA MATERNITE PAR ANNEE**

PRODUITS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
Tickets de consultation			
Vente médicaments			
Accouchements	1.061.000	2.001.260	2.601.000
Consultations prénatales	164.700	234.800	736.435
Planning familial	0		34.350
Carnet de l'enfant			
Cartes de membres			
Laboratoire			
Dons			10.000
Total	1.225.700	2.236.060	3.381.785

On note une évolution progressive des recettes qui passe de 45 % à la 2ème année à 33,9 % à la 3ème année.

**TABEAU 84 : REPARTITION DES CHARGES DE L'ADMINISTRATION PAR ANNEE**

DESIGNATION	1ère année	2ème année	3ème année
Régie de fonctionnement			0
Fourniture Matériels de bureau			347.750
Location			0
Achat médicaments			0
Salaires et accessoires			2.435.310
Charges sociales			406.485
Congés payés			174.550
Honoraires (remplacement)			355.140
Divers			0
Amenagement des locaux			286.725
Equipements et meubles			0
Variation de stock			0
Pertes médicaments			0
Autres approvisionnements			823.625
Frais boîte postale			1.500
Assurance véhicule			29.698
Total			4.860.783

L'administration en tant qu'unité autonome n'a vu le jour qu'en 3ème année. Les charges induites par l'administration au cours des 2 premières années sont réparties entre les autres unités. De même, nous aurions pu répartir les charges induites par l'administration entre les autres unités, mais pour mettre en relief toutes les structures non génératrices de revenu, nous les avons individualisé.



**TABLEAU 85: REPARTITION DES SUBVENTIONS SELON L'ANNEE ET LE DONNATEUR**

DESIGNATION FOURNISSEURS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
1. Médecins du Monde	1.700.000	4.197.408	0
2. Coop. Française	1.381.250	0	0
3. UNICEF	500.000	0	0
4. OCCGE	0	975.000	0
5. TRANSAHARA	0	1.000.000	0
6. SANTE SUD	0	0	4.789.600
7. LION'S CLUB	0	975.000	0
TOTAL	3.581.250	7.147.408	4.789.600

L'ONG Médecins du Monde a été celui qui a fourni le plus d'appui en matière de subvention à l'ASACOPA au cours des deux premières années. Au cours de la troisième année c'est l'ONG Santé Sud.

**TABLEAU 86 : RECAPUTILATIF DES RESULTATS DU DISPENSAIRE PAR ANNEE**

RECETTES / DEPENSES	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
RECETTES	2.216.415	4.241.250	7.973.000
DEPENSES	5.165.104	6.877.619	7.755.160
SOLDE	- 2.948.689	- 2.636.369	+ 217.840

Le dispensaire a un solde déficitaire au cours des deux premières années. Il équilibre ses comptes à partir de la troisième année.

**TABLEAU 87 : RECAPITULATIF DES RESULTATS DE LABORATOIRE PAR ANNEE**

RESULTAT	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
RECETTES	64.415	537.550	4.807.370
DEPENSES	0	895.328	3.242.215
SOLDE	64.415	- 357.778	1.565.155

Le laboratoire a enregistré un déficit de son bilan de la première année d'activité à cause de lourds investissements de départ. Il équilibre ses comptes dès la deuxième année avec un solde bénéficiaire de 1.565.155 FCFA; ce qui pourrait signifier sa capacité d'autofinancement.

**TABLEAU 88 : RECAPITULATIF DES RESULTATS DE LA PHARMACIE PAR ANNEE**

RECETTES / DEPENSES	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
RECETTES	3.710.405	6.897.950	15.518.505
DEPENSES	0	0	11.187.437
SOLDE	3.710.405	6.897.950	4.331.068

La pharmacie équilibre ses comptes à la troisième année d'activité. La non prise en compte des dépenses occasionnées par celle-ci au cours des 2 premières années (prises en compte par le dispensaire), n'autorise pas à parler d'équilibration des comptes pendant cette période.

**TABLEAU 89 : RECAPITULATIF DES RESULTATS DU CENTRE DE L'ENFANT PAR ANNEE**

RECETTES / DEPENSES	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
RECETTES	0	20.500	126.300
DEPENSES	0	5.651.228	5.371.248
SOLDE	0	- 5.594.728	- 371.248

Le centre de l'enfant est une structure purement sociale; ce qui ne permet pas d'envisager un éventuel autofinancement de celui-ci. Le déséquilibre régulièrement croissant de ses comptes grève lourdement le budget du centre.

**TABLEAU 90 : RECAPITULATIF DES RESULTATS DE LA MATERNITE PAR ANNEE**

RECETTES / DEPENSES	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
RECETTES	1.225.700	2.236.600	3.381.758
DEPENSES	3.374.110	3.040.499	6.972.225
SOLDE	-2.148.410	- 803.899	-3.590.467

Le bilan négatif sur les 3 années n'autorise pas à parler d'autofinancement en partie à cause de son action sociale. Le coût réel de l'accouchement étant supérieur à la somme perçue pour cet acte.

**TABLEAU 91: RECAPITULATIF DES SUBVENTIONS**

DESIGNATION FOURNISSEURS	1ÈRE ANNEE	2ÈME ANNEE	3ÈME ANNEE
1. Médecins du Monde	1.700.000	4.197.408	0
2. Coop. Française	1.381.250	0	0
3. UNICEF	500.000	0	0
4. OCCGE	0	975.000	0
5. TRANSAHARA	0	1.000.000	0
6. SANTE SUD	0	0	4.789.600
7. LION'S CLUB	0	975.000	0
TOTAL	3.581.250	7.147.408	4.789.600

Au cours de la 2ème année l'ASACOBA a enregistré plus de subvention d'une valeur totale de 7.148.408 FCFA se répartissant entre les dons en nature et espèce.

# CHAPITRE V

DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette étude nous avons utilisé les données secondaires concernant notamment les activités du centre. Les données sur l'échantillon est celles sur la population confirment les mêmes faits sur les recours de la population au centre de santé et sur l'adhésion à l'association qui a mis en place ce centre.

Si à l'issue de l'étude nous avons pu répondre aux questions qui ont motivé cette recherche, certains pourraient faire l'objet d'études complémentaires. Ainsi il serait intéressant de faire une étude comparée des prestations santé communautaire, service public de santé et structure privée. Cela permettrait à partir des performances de ces trois types de structures de faire des propositions pour une politique de santé au Mali.

Cette étude nous a permis de saisir les forces et les faiblesses de l'ASACOBA et du Centre de Santé.

## **5 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'EXPERIENCE**

### **5.1 Point fort**

D'une manière générale; l'ASACOBA a initié la 1ère expérience de santé communautaire dont l'expérience a fait tâche d'huile puisqu'à ce jour une quinzaine de centres et d'association existent. D'autres projets sont en cours. Elle a initié une nouvelle expérience de prise en charge de la santé par les populations.

En ce qui concerne le centre. Il occupe une infrastructure qui n'a pas rompu avec l'architecture locale. Le malade ne risque donc pas le depaysement. Le centre a su rapprocher la santé des populations. Les locaux sont assez propres. L'accueil des patients peut être considéré comme acceptable.

En ce qui concerne la qualité des soins:

Toutes les consultations sont effectuées par des docteurs en médecine. Les malades sont correctement interrogés et examinés. Un dossier suit chaque malade. Les prescriptions sont faites dans la liste des médicaments essentiels du Mali et rédigées en dénomination commune internationale. Les ordonnances sont limitées à peu de produit, elles sont satisfaites pour la plupart par la pharmacie du centre.

Le coût moyen des ordonnances est très bas.

Les soins infirmiers sont réalisés par un personnel qualifié. Le service de garde est souvent assuré par des médecins.

Pour la maternité:

Les accouchements sont tous effectués par une sage-femme ou une infirmière obstétricienne qui suit chaque femme du début du travail à la délivrance. En cas de difficulté, on fait appel au médecin qui fera l'évacuation s'il y a échec. Les accouchées restent aux lits pendant au moins 48 heures et sont astreintes à la vaccination tout comme les enfants dans le cadre du PEV.

Des campagnes de sensibilisation des femmes pour la vaccination des enfants, le suivi correct des consultations prénatales et la consultation des enfants seins sont régulièrement réalisées dans le centre et de le quartier par des infirmières.

Des séances de démonstrations nutritionnelles à l'intention des mères dont les enfants souffrent de malnutrition sont organisées.

Des séances de formations sous forme de staff sont réalisées tous les 15 jours entre les membres du personnel. Ce dernier croit au travail bien fait et fait preuve d'un remarquable dévouement.

En ce qui concerne les finances :

Le centre de santé réussit à équilibrer ses comptes, paye son personnel et assure le fonctionnement de ses unités.

## **5.2 Points faibles**

Malgré toutes ces qualités l'ASACOBBA et son centre ont quelques faiblesses qu'il faut relever.

**Pour l'ASACOBBA :**

Elle mobilise très peu de monde. Il n'y a pas un programme d'activités clairement défini pour assurer la mobilisation des populations et initier des activités génératrices de ressource pour elle et le centre. L'éducation pour la santé et l'assainissement du milieu sont loin de ses préoccupations concrètes. Les réunions du comité de gestion sont irrégulières et mobilisent souvent peu de responsables. L'association est d'une part mal connue de la population et de certains responsables d'autre part.

**Pour le Centre:**

Il est de plus en plus exigu et ne dispose pas d'ambulance. Le centre manque d'électricité. Le centre de rééducation nutritionnelle a fermé ses portes au moment où nous achevions cette étude. Les campagnes de sensibilisation dans le quartier sont au ralenti. Le matériel technique est insuffisant.

Les finances ne peuvent assurer les coût d'amortissement et d'investissement et le centre manque de gestionnaire qualifié.

Des conflits larvés de compétence ou probablement d'intérêt existent entre certains responsables du centre et des responsables de l'ASACOBA. Cela peut entraîner des situations domagables

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude nous a permis de connaître les activités de l'ASACOBBA et celles du centre qu'elle a mis en place. De l'étude faite dans le quartier il apparaît que le centre de santé est fréquenté et principalement par des femmes et des enfants. Les prestations du personnel sont bien appréciées par les patients qui sont presque tous prêts à y retourner. Le coût des prestations et celui des médicaments l'accueil du personnel y sont pour une grande part. Le centre de santé est plus connu que l'association dont les membres font très peu d'effort de sensibilisation. Le centre de santé n'a cessé de s'aggrandir de 1989 à 1992 et de diversifier ses prestations. Cependant on peut constater quelques problèmes. L'implication de l'association se réduit uniquement à la gestion du centre de santé ce qui limite ses objectifs initiaux dans la mesure où elle ne participe presque pas à la création des ressources ou à l'action de sensibilisation dans l'éducation pour la santé. On comprend que la population réduise l'association au centre de santé parce que celle-ci n'a pu mener aucune autre activité susceptible de retenir son attention. La population étant peu informée sur l'association ne considère pas le centre de santé comme une structure qui lui appartient.

Tous les chefs de ménage de Bankoni n'ont pas adhéré à l'association donc ne peuvent bénéficier des avantages que cela leur donne lors de leur recours au centre de santé.

De même ne peuvent adhérer à l'association que des personnes qui ont un statut de chef de ménage ce qui constitue un obstacle à l'élargissement de la base de l'association.

Si le manque de mobilisation, le caractère sélectif de l'adhésion à l'association sont des faiblesses en matière communautaire et au développement du centre le faible niveau de revenu de population constitue un facteur très important dans la prise en charge de la santé à travers le centre.

Face à l'absence de législation définissant clairement l'existence des centres de santé communautaires se dernier demeure une activité de l'association régie par l'ordonnance 41/PCG du 28 mars 1959. L'existence de l'association devient la justification juridique du centre.

Le centre de santé répond à une préoccupation des habitants de Bankoni: Il est proche d'eux et offre des services dans des conditions peu coûteuses. C'est pourquoi si l'association a de moins en moins d'adhérents de 1989 à 1992, le centre de santé est de plus en plus fréquenté.

L'effectif des patients et des consultations n'a cessé d'augmenter d'année en année. Cela est dû à la qualité de l'offre.

Le fait que les femmes et les enfants fréquentent le plus le centre, cela est dû au fait que 75 % de la population est composée de femmes et d'enfants. Les femmes ont en plus à cause de leur être physiologique (grossesse et accouchement) des raisons supplémentaires de fréquentation du centre qui s'est doté d'une maternité à partir de novembre 1989. Le centre est de part son rôle dans le quartier aujourd'hui un service d'utilité publique. En dehors des investissements, le centre équilibre ses comptes. Sa survie tient aux ressources qu'il génère et à l'engagement de son personnel.

Le centre de santé a diversifié ses actions avec la création en plus du dispensaire, de la maternité, du centre de l'enfant de la mère et des activités de recherches liées notamment à la malnutrition et au SIDA. De ce point de vue le centre de santé de Bankoni a été une référence pour la création de structures similaires dans différents quartiers de Bamako et même en milieu rural partout où la disponibilité de ressources de la population d'accueil peuvent justifier de leur création.

Cette situation exclut les populations à faible revenu des soins de santé ce qui constitue un obstacle au projet de la santé pour tous; si ce projet ne sous entend pas la santé pour tous ceux qui peuvent payer. On peut se demander de ce point de vue si la santé communautaire qui se situe entre le service de santé publique et les services privés n'est pas une contrainte du programme d'ajustement structurel dans la mesure où elle permet de minorer ou même de supprimer les efforts que l'Etat doit consentir à la santé de la population.

La santé communautaire apparait comme la solution toute trouvée aux problèmes de santé par une responsabilisation des communautés dans la prise en charge de leur état de santé. Mais cette solution n'est-elle pas une mesure pour l'Etat de se dégager des responsabilités qui lui sont siennes ?

Cette option affichée ne peut être perenne si l'on ne tienne pas compte d'un certain nombre de recommandations qui peuvent être faites à la lumière de l'expérience de trois ans des premiers centres de santé communautaires créés au Mali.

POUR L'ASACOBBA

Elle doit être démocratique. Il s'agira délargir la base de l'association. En effet l'adhésion doit être individuelle sans considération du statut matrimonial (chef de ménage); les structures doivent fonctionner régulièrement notamment les assemblées générales.

La direction doit être constituée d'hommes et de femmes totalement désintéressés et utilisant tous les moyens adéquats pour informer et sensibiliser pour une plus grande participation des populations. L'ASACOBBA doit effectivement diriger le centre pour cultiver et préserver l'esprit communautaire, elle doit non seulement prendre une part active dans son financement en initiant des moyens de financements mais aussi participer à la sensibilisation des populations pour l'acquisition des conseils élémentaires d'hygiène, d'assainissement, et de la compréhension de certaines pathologies liées à la méconnaissance de leurs manifestations. A ce sujet l'implication du personnel de santé est indispensable.

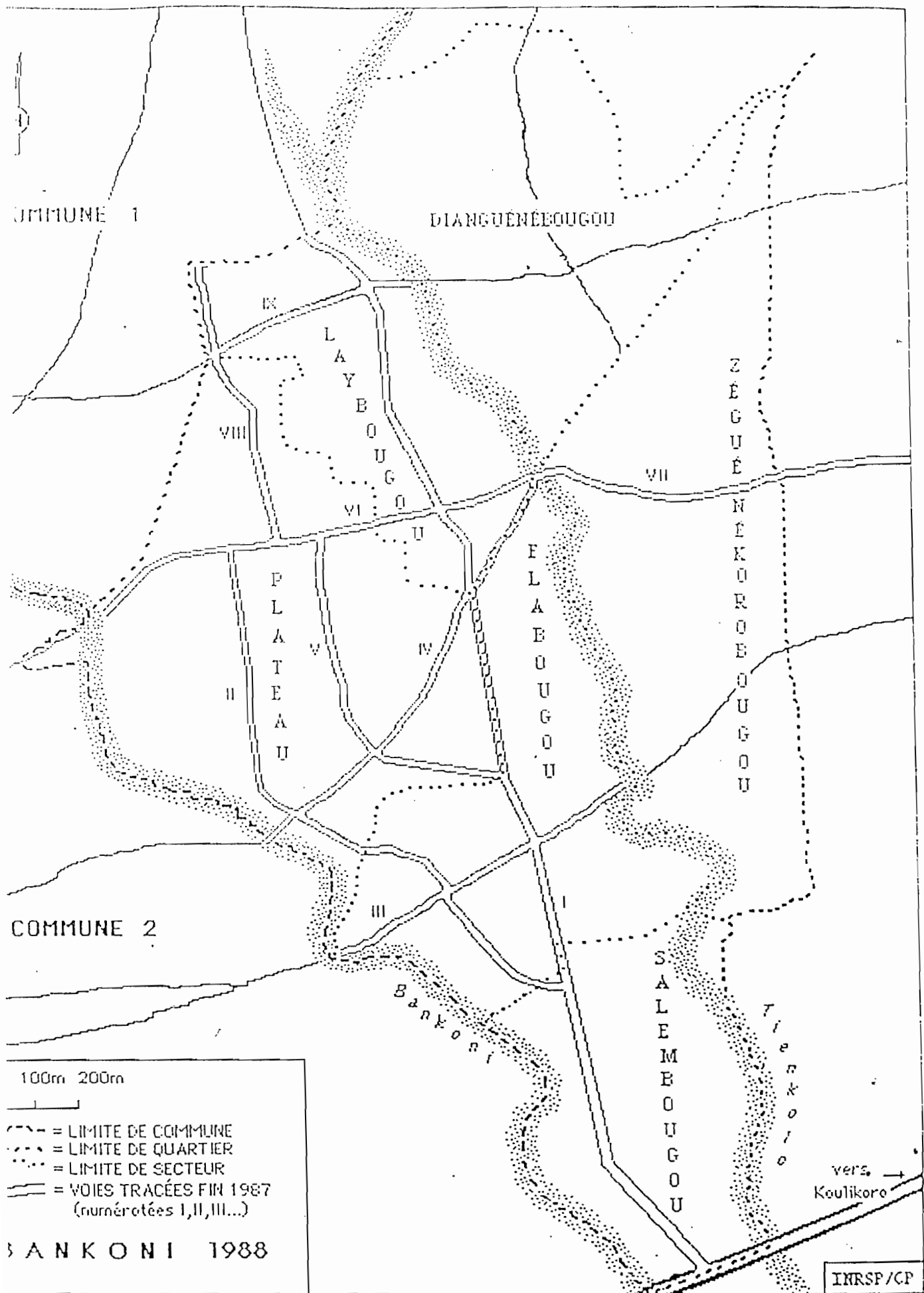
La direction de l'Asacoba doit faire distinguer les objectifs du centre et ceux de l'association et élaborer par conséquent un programme d'activité périodique qui doit être discuté en assemblée générale et qui doit prendre en compte d'autres composantes de la santé à savoir l'éducation pour la santé et l'assainissement du milieu. Elle doit réussir à impliquer les hommes dans le suivi de la santé des enfants.

Le personnel de santé doit s'investir dans les activités de l'association de manière active; il doit y adhérer.

L'ASACOBBA doit être un instrument réellement aux mains des populations et le jeu de la démocratie interne doit être de rigueur. Il ne doit y avoir aucune exclusive ni à l'adhésion ni dans la gestion aussi bien que dans le partage des responsabilités.

POUR LE CENTRE DE SANTE DE BANKONI

- Le centre doit avoir un site propre où les locaux seront plus larges et bénéficier de l'eau courante et de l'électricité. Des efforts doivent être consentis par l'association pour le logement du personnel.
- Le centre doit bénéficier du renouvellement de certains matériels, de leur augmentation en nombre aussi bien que de l'amélioration de son plateau technique.



Les prestations doivent être mieux organisées et le personnel doit davantage participer aux prises de décisions. Des mesures doivent être prises pour redémarrer les campagnes de sensibilisation des population par le personnel dans le quartier pour détecter les cas de malnutrition de non suivi des vaccinations et inciter les femmes enceintes à subir les consultations prénatales ainsi que leurs vaccinations et celles des enfants.

L'utilité des consultation post natales doit être perçue par les femmes grace à leur sensibilisation pour le personnel pour plus de participation. La consultation des enfants sains doit être reprise tout en revisant le tarif du carnet à la baisse. Les activités du CREN doivent être reprises.

Le personnel doit faire l'objet de plus d'attention. Ses conditions de vie doivent changer. Ses revendications d'augmentation de salaires, d'octroi de plus de repos par le recrutement d'autres agents doivent être assurées. Le centre de santé de Bankoni et l'association santé commmunautaire de Bankoni sont des points de mire pour d'autres population et d'autres agents de la santé tout doit être mis en oeuvre pour qu'ils ne soient un mirage.

Ainsi le personnel doit bénéficier de stage de formation et le centre doit être soumis à des missions d'évaluations techniques de la part des activités sanitaires pour une meilleure performance du centre.

#### DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

La stratégie de santé communautaire est une initiative heureuse qui mérite d'être approfondie. Aussi sa pérenité dépend d'une plus grande participation des populations, de la volonté politique de l'état. L'état doit alors élaborer une législation qui les distingue de la loi des associations et de celle de la médecine privée. Dans le contexte actuel, le risque de la dépossession des communautés de leur centres au profit du personnel de la santé et leur privatisation existe. Ce risque peut provenir des conflits d'intérêts entre le personnel sanitaire et les membres de l'association. Il est d'autant plus grand que les communautés participent faiblement à la vie de l'association.

Par conséquent, ces associations et leur centre doivent être déclarés "association d'utilité publique" conformément au titre II de l'ordonnance 41 PCG du 28 mars 1959.

Une législation qui exclut toute expropriation des populations des centres doit être clairement définie.

Dans la déclaration de politique sectorielle il est dit que la communauté doit contribuer à 50% pour la réhabilitation ou à la construction des centres de santé et que l'Etat prenne en charge le reste des dépenses. Cette disposition doit être traduite dans les faits surtout dans les zones rurales ou à revenu très faible.

Enfin la santé communautaire est un palliatif non négligeable devant les problèmes de santé et de l'emploi des jeunes cadres socio - sanitaires.

Elle permet à cet effet de minorer les effets pervers de la politique de la santé dont les frais sont supportés par les citoyens. Les centres de santé communautaire doivent être étendus partout avec une inégale intervention de l'Etat selon les zones.

# RESUME

**RESUME**

Au Mali, les populations sont confrontées à une forte mortalité infanto-juvenile, une forte mortalité maternelle ainsi qu'à la fréquence des pathologies invalidantes, endomo-épidémiques et des maladies qui exigent des soins intense.

Devant ces problèmes, l'Etat malien a initié et appliqué différentes options en fonction de la politique socio-économique. L'on est passé de la gratuité des soins avec une ambition de desservir tout le pays en structure sanitaire et en personnel de plus en plus qualifié à la charge de l'Etat à la libéralisation de la médecine. Actuellement les soins de santé primaires l'initiative de Bamako et la politique de la santé communautaire du Mali. Il s'en suit un désengagement progressif de l'état dans le secteur de la santé qui devient par l'entremise de la santé communautaire l'affaire exclusive des populations dont le revenu est déjà très faible.

La stratégie de la santé, communautaire est la conséquence du désengagement de l'Etat de la politique nationale de l'ajustement structurel dicté par les milieux financiers extérieurs. Cette stratégie a pour base les maîtres mots de la population des SSP à savoir "la participation des populations à l'amélioration de leur état de santé", avec l'apparition du recouvrement des coûts. Elle remet de cause la gratuité de soins et introduit les secteurs privés et communautaire dans la couverture sanitaire du Mali.

A Bankoni de nombreuses et diverses études ont été effectuées. Ces études ont concerné des problèmes de santé de population, de l'environnement toute chose préjudiciable à l'état de bonne santé de la population. Egalement elles ont concerné les comportements de ces populations face à leur état de santé et les décisions prises par elle. La plupart de ces études ont été réalisées par l'INRSP et les responsables de l'ASACOBA et du centre de santé de Bankoni.

Bankoni est un quartier populaire essentiellement jeune. Cette population a un revenu mensuel faible qui provient généralement d'activités économiques libérales.

L'analphabétisme y est très développé. Le quartier est d'accès difficile surtout à certaines heures de la nuit. Au plan sanitaire, la mortalité infantojuvenile et maternelle est élevée. Les pathologies infectieuses et parasitaires ne sont pas rares ainsi que les maladies invalidantes. La mortalité est assez forte. Le quartier ne disposait d'aucune structure de santé.

Ces problèmes ont abouti concrètement à la création d'une association de santé communautaire (ASACOBA) qui va créer le centre de santé dont elle aura la responsabilité juridique. Ce centre de santé existe depuis mars 1989 et n'a cessé de s'agrandir et à diversifier ses prestations.



Mais aucune évaluation n'avait été faite de l'impact de ce centre de santé, et des recours de la population aux prestations proposées. L'étude entreprise a pour objectif de pallier entre autre à ce manque.

L'étude a été faite auprès des chefs de menages auprès des adultes des menages retenus, des mères, du personnel du centre de santé auprès des responsables de l'association. La recherche documentaire sur les archives du centre de santé et la politique de santé du Mali de l'indépendance à nos jours, permettons de compléter les données de l'enquête sur le terrain.

La population de Bankoni n'a cessé d'avoir recours au centre de santé depuis sa création cela d'autant plus que c'était la seule structure proposant des prestations dans des domaines variés si on excepte le centre de l'OLP et le cabinet de soins infirmiers de Monsieur TOUNKARA.

Si le centre de santé est fréquenté par la population surtout une population de femmes et d'enfants l'association qui lui a donné naissance est très peu connue des chefs de menage. Ainsi la plupart des chefs de menage enquêtés n'y ont pas adhéré. Ceux qui ont une information sur l'association et sur le centre de santé l'ont plus par des parents des amis que les membres de l'association. Cela pose le problème du peu d'implication des responsables de l'association dans la sensibilisation sur l'association elle même et le centre de santé. On comprend alors que tous les enquêtés ne sachent les prestations proposées par le centre. Cependant plus du quart des adultes ont déjà eu recours au centre de santé. Le taux de fréquentation n'est pas inférieur à la moyenne nationale et presque tous ceux qui ont déjà eu recours au centre de santé sont prêts à y retourner. Cela est un facteur important de la survie de la structure. Outre la proximité, le tarif abordable le coût de médicaments l'accueil et la disponibilité du personnel, ont été les raisons évoquées par la population.

Plus de la moitié de mères enquêtées ont eu recours au centre de santé pour des consultations prenatales ou pour des soins aux enfants. Le centre de santé de Bankoni est plus fréquenté que des formations sanitaires de la zone qui offrent les mêmes services.

Le centre de santé a contribué à la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer.

Il apparait que le centre de santé de Bankoni joue un rôle important dans l'accessibilité des populations aux soins.

Cependant les performances du centre sont beaucoup plus le résultat de l'engagement du personnel sanitaire dans les activités que le résultat de l'action de l'association qui lui a donné naissance.

la survie du centre tient en grande partie aux ressources générées par les activités du personnel, l'association n'apportant guère de subventions. Les seules subventions dont le centre a bénéficié viennent des ONG ou institutions internationales.

Cependant l'implication du centre dans le Programme élargi de vaccination n'est pas sans impact sur la couverture vaccinale au niveau national. Si le centre de santé peut être considéré comme un service d'utilité publique, il reste un centre de santé communautaire dont la survie est sensée venir de la population elle-même. Mais le faible niveau de revenu de la population constitue une contrainte à l'autofinancement. De ce point de vue la reproductivité du modèle n'est pas sans quelques ajustements quant aux sources de financement. En effet pour certaines prestations le centre pourrait bénéficier d'un apport matériel et financier de l'Etat puisqu'il contribue à la mise en oeuvre de son programme de développement économique et social notamment dans le domaine du PEV et de la planification familiale.

L'élargissement des conditions d'adhésion notamment sur une base de majorité civile pourrait constituer une source importante de revenus pouvant permettre non seulement l'amélioration des conditions du personnel médical mais aussi l'acquisition du matériel dont le renouvellement n'est pas assuré dans les conditions actuelles de fonctionnement du centre. Stratégie s'inscrivant dans le cadre d'une politique de désengagement de l'Etat suite au P.A.S, la création des centres de santé communautaire outre le fait qu'elle donne du travail à des jeunes médecins et infirmiers qui ne devraient pas chômer avec la couverture sanitaire que le pays connaît aujourd'hui, constitue un moyen de rendre les soins de santé plus accessibles aux populations. cette accessibilité reste cependant limitée si l'Etat se désengage de tout frais relatif à la création des centres de santé et à leur fonctionnement.

# **BIBLIOGRAPHIE**

13. COPPEL C.                    Le financement des service de Santé au Mali  
P.113-22, Argent et Santé, CIE, 1993.
14. COPPEL C.                    Expériences de financement communautaire en  
Afrique. Actes des seminaires international  
24-27 septembre 1991, CIE Paris 1993.
15. COPPO P.,  
A.KEITA.                        Médecine Traditionnelle: Acteurs,  
Iténeraires Thérapeutiques.
16. CNI                            Rapport sur l'état d'avancement du PEV, CNI,  
Avril 1991.
17. CNI                            Reunion de concertation avec les directeurs  
régionaux de la santé et des affaires  
sociales, du 14 au 15 janvier 1993.
18. Dabo A.  
DOUMBIA S.  
YEHIA I. MAIGA  
TAMBOURA B.A.                Conditions de vies, les dépenses  
de Santé et les recours aux soins  
dans le quartier de Bankoni, INRSP  
Avril 1992.
19. DIARRA T.  
DIAKITE B. D.                 Le quartier de Bankoni: Etude socio  
économique et sanitaire, INRSP, Division Santé  
Communautaire, Nov 1990, Volume 1.
20. DIARRA T.                    Les defis du développement à la base, SUCO -  
Mali, Grenier de la Santé,
21. DIARRA T.  
PAIRAULT C.                    Le quartier de Bankoni: Ce qu'en disent les  
gens du quartier, INRSP, Division Santé  
Communautaire, Nov 1991, Volume 2.
22. DIARRA T.                    Représentation de la santé et de la maladie et  
itinéraires thérapeutiques dans les quartiers  
de Bankoni, Bozola et Niarela, ISH, Mars 1993.
23. DABO A.  
DOUMBIA S.                    Le quartier de Bankoni: Aspects cliniques,  
biologiques et parasitologiques, INRSP,  
Division Santé Communautaire, Février 1991,  
Volume 3.
- 24 DNSI                         Recensement général de la population et de  
l'habitat, DNSI, 1987.
25. HUGUET D.                    Evaluation des activités nutritionnelles du  
centre de santé ASACOBABA sur le quartier de  
Bankoni, Avril 1992.
26. GENTILLINI M.  
BUFLO B.                        Médecine Tropicale, Flammarion, Médecine  
Sciences, 1986.

27. MSPAS Déclaration de politique sectorielle de Santé et de population, MSPAS, 15 Dec 1990.
28. MSSPA Rapport du groupe de réflexion sur les CSCOM, oct 1992.
29. MSSPA Note sur le Programme d'Ajustement Structurel (PAS), CROCEPS, 1992.
30. MSSPA Bilan d'exécution des programmes et projets sanitaires prioritaires, MSPAS, 4 Mars 1992.
31. MSSPA Initiative de Bamako et relance des soins de santé primaires (SSP)
32. MSSPA Personnel et infrastructures socio-sanitaires 1991, d'août 1992.
33. OMS Guide d'information sur le Scénario de développement sanitaire en trois phases, OMS - Mali, 1991.
34. PAIRAULT C. Pharmacopée à Bankoni - Quartier de Bamako, INRSP, Division Santé Communautaire, Avril 1989.
35. SAMAKE B. M. Etude de l'action d'un centre de Santé Communautaire dans la lutte contre le SIDA dans un quartier péri - urbain de Bamako (Bankoni), Thèse de Doctorat en Médecine, Bamako, 1992.
36. TOURE A. Le centre de Santé de la MUTEK, évaluation au terme de sa première année d'activité, Thèse de Doctorat en Médecine, Bamako, Avril 1992.
37. UNICEF La situation des enfants dans le monde, UNICEF, 1993.

# **ANNEXES**

## SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

**Article 15: HORAIRES**

Les horaires d'ouverture du centre sont les suivants:

- Le matin tous les jours de huit heures à douze heures sauf le dimanche
- Le soir tous les jours de seize heures à dix huit heures sauf le samedi et le dimanche.

Les jours feriés ne sont pas ouvrables.

**Article 16:**

Ce reglement intérieur doit être approuvé personnellement par chaque employé du centre de santé communautaire de Bankoni au moment de sa prise de fonction.

**BAMAKO, LE 27 MARS 1989**

**Le médecin chef**

**L'infirmière**

**Le gérant Le gardien**



Toute fois le gérant de la pharmacie peut garder en caisse une somme n'excedant pas 1000 FCFA pour lui permettre de faire la monnaie courante.

Il tient les fiches de gestion des médicaments vendus et note dans un registre les ventes quotidiennement effectuées. Il est chargé de présenter mensuellement au médecin chef un memoire écrit notifiant les ventes effectuées et l'état du stock en magasin de vente.

Toute sortie de médicament du magasin de stock vers le magasin de vente doit faire l'objet d'un bon de sortie signé par le médecin chef.

Un inventaire général trimestriel est réalisé par le médecin chef en dehors des heures ouvrables. En outre un inventaire inopiné peut avoir lieu à l'initiative du médecin chef et contre signé par le gérant. Le document précisera toutes les anomalies constatées lors de l'inventaire.

Un exemplaire du document est déposé auprès du gérant et l'autre gardé en archives par le médecin chef.

#### **Article 12 :**

En cas de constat d'anomalie lors de l'inventaire une justification écrite est demandée et doit être fournie par le gérant. Le médecin chef donne un premier avertissement écrit au gérant et avise immédiatement par écrit le bureau exécutif de l'ASACOBABA. En cas de constat d'une nouvelle anomalie l'ordre du contrôle suivant, il appartiendra au bureau exécutif de l'ASACOBABA de se prononcer sur une sanction contre le gérant. Cette sanction peut aller du blâme au licenciement. Les sanctions peuvent être accompagnées d'une action en justice engagée par l'ASACOBABA contre le gérant.

#### **Article 13: LE GARDIEN**

Le gardien est chargé de veiller à la propreté générale du centre. Il est tenu de rester sur place du jour aussi bien que de nuit après les heures d'ouverture. Il est chargé d'accueillir les cas urgents et de faire appel au médecin. Il est responsable de toutes pertes pouvant survenir en dehors des heures ouvrables.

#### **Article 14: DISCIPLINE**

La discipline et le travail bien fait doit constituer le soucis majeur de tout le personnel du centre. Toute indiscipline caractérisée, négligence dans le travail, négligence manifeste dans l'accueil des patients. le non respect ou un manquement à ses devoirs, constituent une faute professionnelle qui est passible d'une sanction tels que l'avertissement, la demande d'explication le blâme, la suspension temporaire, le renvoi définitif.

Les absences de courte durée (baptêmes, mariages, etc...) feront l'objet d'une demande de permission spéciale auprès du médecin chef.

## REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE DE SANTE

### COMMUNAUTAIRE DE BANKONI

#### **Article 1:**

L'accès au centre communautaire de Bankoni est réservé aux membres de l'ASACOPA et à leurs ayants droit et en cas d'urgence à toute personne conformément à la déontologie médicale.

#### **Article 2:**

Les prescriptions remises au malade à l'issue de la consultation sont rédigées en utilisant la dénomination commune internationale (DCI) des médicaments conformément à la liste des médicaments essentiels.

#### **Article 3:**

Sont admis à la consultation les malades munis d'un ticket de consultation préalablement acheté auprès du gérant agréé par l'ASACOPA.

L'ordonnance délivrée à l'issue de la consultation donne droit, pendant une semaine, à la gratuité de l'ensemble des soins infirmiers que nécessite son application, et des consultations de surveillance qui pourraient être nécessaires.

#### **Article 4:**

Les adhérents de l'ASACOPA doivent prouver cette qualité, lors de l'achat des tickets au centre de santé communautaire de Bankoni, par la présentation de la carte d'adhérent en cours de validité. La présentation de la carte d'adhérent donne droit à l'achat d'un ticket au prix préférentiel de 300 FCFA. Les non adhérents pour prétendre à la consultation doivent payer un ticket au prix de 500 FCFA.

#### **Article 5:**

Seuls les membres adhérents et leurs ayants droit peuvent acheter les médicaments à la pharmacie du centre.

#### **Article 6:**

Lorsque le médecin est appelé pour une consultation en dehors des heures d'ouverture du centre de santé, il vend au malade un ticket spéciale à 1000 FCFA si la consultation a lieu au centre de santé, et deux (2) tickets de 1000 FCFA (soit 2000 FCFA) si la consultation a lieu au domicile du malade. Le prix de ce ticket spécial est le même pour les membres adhérents et non adhérents.

**Article 7:**

Les prix auxquels sont vendus les tickets de divers types évoqués aux articles précédent sont fixés une fois l'an par l'assemblée générale de l'ASACOBA.

**Article 8: PERSONNEL**

Le personnel du centre de santé communautaire de Bankoni se compose comme suit:

- Un médecin chef
- Une infirmière
- Un gérant
- Un gardien

Cet effectif pourra être augmenté, si l'activité l'exige, par une décision de l'ASACOBA.

**Article 9: LE MEDECIN CHEF**

Le médecin chef est le directeur du centre de santé communautaire de Bankoni.

Il est chargé des consultations médicales, de l'administration et de la gestion du centre. Il veille à ce que la discipline et la propreté soient de parfaites. Il veille au renouvellement de l'approvisionnement de la pharmacie, pour cela il envoie à temps les bons de commande de médicaments pour qu'il n'y ait pas de rupture dans l'approvisionnement pharmaceutique.

Il établit périodiquement le programme d'activités du centre et planifie le départ en congé annuel du personnel.

Il rédige un rapport mensuel dont une copie est adressée au médecin chef de la commune I. Il est chargé de l'inventaire des médicaments.

**ARTICLE 10: L'INFIRMIERE**

L'infirmière s'occupe de l'accueil des malades, de leur orientation pour la prise du ticket, du tour de rôle pour la consultation. Elle est également chargée du classement des dossiers. Elle est responsable de la salle des soins, et exécute tous les soins infirmiers.

Elle est responsable du matériel mis à sa disposition et doit signaler par écrit au médecin chef toute perte ou dégât de matériel.

**Article 11: LE GERANT**

Le gérant de pharmacie assure la vente des tickets et de médicaments.

A cet égard il dispose de deux caisses pour encaisser dans l'une les sommes provenant de la vente des tickets et dans l'autre celles résultant de la vente des médicaments. En fin de journée, il verse le montant des recettes au trésorier général de l'ASACOBA, qui émerge un cahier de recettes ouvert à cet effet.

Cependant, toute personne habitant Bankoni et disposant d'une carte de membre de l'Association valide pour l'année en cours bénéficiera, ainsi que ses ayants-droit, d'un tarif préférentiel également défini par l'Assemblée Générale.

Sont considérés comme ayant-droits:

- Le ou les conjoints du titulaire de la carte,
- Ses père et mère légitimes,
- Ses enfants légitimes.

Le nom de chaque ayant droit doit être inscrit sur la carte de membre de l'ASACOBA.

. D'allocations contractuelles, qui pourront être versées au Centre en échange de la production de certains services, incombant normalement au budget de l'Etat ou pris en charge par des organismes ou institutions spécialisées.

- De subventions et Ressources de l'ASACOBA.

8-2 Le caissier du Centre aura été désigné parmi des volontaires par le bureau exécutif de l'Association.

Il assurera la vente de tickets, conformément aux décisions de l'Assemblée Générale, déposera les sommes recueillies sur le compte bancaire de l'Association, et remettra au trésorier les recettes résultant de la vente des tickets. A aucun moment le caissier ne devra détenir une somme liquide supérieure à vingt mille francs CFA.

8-3 Toutes les autres ressources seront également versées sur ce compte bancaire.

8-4 L'ordonnancement des dépenses sera fait, conformément au budget voté par l'Assemblée Générale, par le président de l'Association, à l'exception des dépenses de fonctionnement courantes qui seront déléguées au médecin-directeur de Centre.

8-5 L'ensemble des recettes et des dépenses de l'Association feront l'objet d'un enregistrement comptable par le trésorier de l'Association.

8-6 Les chèques devant permettre la sortie de fonds ou le paiement de factures devront porter la double signature du président de l'Association et de son trésorier.

8-7 Les commissaires aux comptes pourront avoir à tout moment accès à la totalité des documents comptables de l'Association.

#### Article 9-Des ayants droit de l'Association:

Peuvent bénéficier des prestations du Centre de Santé Communautaire toutes les personnes qui s'y rendent pour solliciter ses services.

Elles doivent pour cela s'acquitter d'une contribution financière concrétisée par l'achat d'un ticket et dont le montant est défini chaque année par l'Assemblée Générale, sur proposition du Bureau Exécutif.

Il assurera également;

- . Des soins infirmiers, qu'il s'agisse d'injections ou de pansements,
- . Le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

Plus tard, si les services techniques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en sont d'accord, il pourra être envisagé de lui adjoindre:

- . La conduite d'accouchements normaux,
- . Des consultations systématiques entrant dans le cadre des actions de SMI (visites prénatales, visites post-natales, visites des enfants de Bankoni contre les maladies du Programme ELargi de Vaccination du Mali,
- . La conduite d'activités d'éducation sanitaire (éducation nutritionnelle, amélioration de l'hygiène individuelle et collective...)

#### Article 7-De la Direction:

La direction du Centre de Santé Communautaire est confiée à son médecin-directeur. Il lui appartient de veiller à ce que le Centre remplisse ses objectifs, conformément aux décisions du Bureau Exécutif ou de l'Assemblée Générale de l'Association.

Il assiste, à titre consultatif, à toutes les réunions du Bureau Exécutif, à l'exception de celles qui statuent sur des problèmes le concernant.

En cas de conflit avec le Bureau Exécutif et en l'absence de tout consensus, le problème sera soumis à une commission des sages de trois membres qui seront nommés d'un commun accord entre les 2 parties.

En l'absence d'accord, une réunion exceptionnelle de l'Assemblée Générale sera invitée à prendre une décision.

#### Article 8-Ressources:

Le Centre fonctionnera comme une structure ayant une gestion autonome et cherchant à s'autofinancer.

8-1 Ses ressources proviendront:

- De ses recettes propres, qui seront issues:
  - . De la vente de tickets par un caissier, tickets dont le prix de vente et la durée de validité auront été fixés annuellement par l'Assemblée Générale;

## TITRE VII : MODIFICATION STATUTS-DISSOLUTION

### Article 20

Toute proposition de modification des statuts de l'Association doit être notifiée par écrit au Bureau Exécutif au moins 3 mois avant une Assemblée Générale. Le Bureau Exécutif est tenu d'en informer les membres de l'Association au moins 30 jours francs avant l'Assemblée Générale.

Les propositions de modification des statuts sont adoptées par l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres.

### Article 21

La dissolution de l'Association ne peut intervenir que par décision de l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres. Dans ce cas l'Assemblée Générale détermine la dévolution des biens disponibles.

ASSOCIATION  
SANTE COMMUNAUTAIRE  
DE BANKONI

REGLEMENT INTERIEUR DE  
L'ASSOCIATION SANTE COMMUNAUTAIRE  
DE BANKONI

TITRE I: DISPOSITIONS GENERALES

Article 1:

Le présent règlement intérieur permet:

- De compter et préciser de façon plus détaillée certaines dispositions des statuts de l'Association Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBA)
- De décrire les modalités de fonctionnement et de gestion du Centre de Santé Communautaire.

Article 2:

Le budget annuel de l'Association est voté par l'Assemblée Générale sur proposition du Bureau Exécutif.

Le Président de l'Association en est l'ordonnateur. Cependant l'ensemble du budget de fonctionnement courant du centre communautaire, à l'exception des salaires est délégué à la seule signature du médecin-directeur du Centre. Les sources correspondantes sont mises à la disposition du médecin-directeur par trimestre, sur présentation par lui des pièces justificatives des dépenses effectuées au cours du trimestre précédent.

Le trésorier de l'Association en est le comptable.

Article 3:

L'exclusion de l'Association est prononcée par l'Assemblée Générale pour toute faute mettant en péril le devenir de l'Association ou pour toute violation manifeste des statuts ou du règlement intérieur de l'Association.



Sont notamment susceptibles de mettre en péril le devenir de l'Association:

- Tout acte médical illégal effectué dans le cadre des activités du Centre,
- Toute malhonnêteté (détournement, pot de vin, manipulation de trésorerie...) dans la gestion des fonds de l'Association ou dans l'utilisation du système de recouvrement de ses ressources,
- Tout acte de violence dans l'enceinte ou à proximité des locaux de l'Association

Avant toute proposition d'exclusion devant l'assemblée Générale, le Bureau Exécutif a la possibilité de prononcer à deux reprises un avertissement, le troisième entraînant immédiatement la procédure d'exclusion

## TITRE II: DU CENTRE DE SANTE

### COMMUNAUTAIRE DE BANKONI

#### Article 4:

Le centre de Santé Caummunautaire de Bankoni est la création essentielle de l'ASACOBA.

C'est à travers lui que l'association assure l'essentiel de ses activités.

#### Article 5:

Le centre de Santé Caummunautaire de Bankoni est une formation sanitaire dont le rayon d'action porte sur l'ensemble de la zone géographique du quartier de Bankoni et sur l'ensemble de la population qui l'habite.

Il comprend:

- Un local qui, dans un premier temps fera l'objet d'un location
- Un pesonnel qui est engagé sous contrat par l'Association.

#### Article 6-Des activités:

Dans un premier temps, le centre effectue des consultations quotidiennes de médecine générale, destinées à l'ensemble des ressortissants de Bankoni.

---

DECLARATION DE L'ASSOCIATION SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE BANKONI (ASACOB)

- 1- DENOMINATION: L'association Santé Communautaire de Bankoni (ASACOB)
- 2- DATE DE CREATION: Le 19 juin 1988 par l'Assemblée Générale constitutive qui s'est tenue le même jour à la mairie secondaire de Bankoni.
- 3- DUREE: Illimitée.
- 4- SIEGE: A Bamako. Il peut être transféré en tout autre lieu de la République du Mali sur décision de l'Assemblée Générale.
- 5- SIEGE SOCIAL: L'Association est abritée dans les locaux du Centre de Santé Communautaire de Bankoni.
- 6- ADRESSE: Association Santé Communautaire de Bankoni, Centre de Santé Communautaire de Bankoni, Commune I, District de Bamako.
- 7- OBJECTIFS: Les objectifs de l'Association sont les suivants:
  - 7-1: Objectifs généraux:
    - Faciliter l'accès des populations du quartier de Bankoni aux soins essentiels, qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotif,
    - Susciter la participation active et responsable des populations afin qu'elles soient à même de contribuer à la résolution de leurs problèmes de santé.
    - Organiser les populations afin qu'elles soient à même de contribuer à la résolution de leurs problèmes de santé.
  - 7-2: Objectifs opérationnels:
    - Assurer la création puis le fonctionnement d'un Centre de Santé Communautaire, destiné à l'ensemble des populations résidant dans la zone géographique de Bankoni.

- Assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son bon fonctionnement et la qualité de ses service produits.
- Contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives, préventives et promotives, conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

8- COMPOSITION DU BUREAU EXECUTIF:

Président: Mr. Lassana SIBY Flabougou.

Vice-Président: Mr. Mamadou DEMBELE, Salembougou

Secrétaire Administratif: Mr. Modibo COULIBALY, Zeguenekorobougou

Secrétaire Administratif-adjoint: Mr. Kader FANE, Layebougou,

Trésorier Général: Mr. Kodio GARANGO, Plateau,

Commissaires aux comptes: Mr Mamadou KONATE, Salembougou  
Mr. Zoumana KEITA, Plateau

Membres (à raison de 2 délégués par secteur):

Salembougou	Mme Fanta DIAKITE, Mr. Konimba DEMBELE
Flabougou	Mme TOURE Fanta KONE Mr Solomane DIALLO,
Zeguenekorobougou	Mr Danzely KONE Mme OUATTARA Setou FOFANA
Plateau	Mr. Alamissa DIARRA Mr. Paul FOFANA,
Layebougou	Mr. Ngnele TRAORE Mr. Morifing KONE
Dianguinebougou	Mr. Doro YALCOUYE Mr. Diarraoule SINAYOGO

Membres de droit avec voix consultative:

Un représentant de la section UDPM de la commune I  
 Un représentant de la section UNFM de la commune I  
 Un représentant de la section UNJM de la commune I  
 Le maire de la commune I  
 Le médecin-chef de la Commune I

Membres nommés avec voix consultative:

Mr. Gaoussou TOGO,  
Mr. Tegue OUOLOGUEM,  
Mr. Madou COULIBALY,  
Mr. Dianguine TRAORE,  
Mr. Masseny SIDIBE,  
Mme. Awa CAMARA,  
Mr. Abdoulaye TRAORE  
Docteur Abdoulaye DIALLO,  
DOcteur Souleymane SOW.

Bamako, le 12 juillet 1988

Le Président de            Le vice-Président    Le Secrétaire Administratif

**ASSOCIATION SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE BANKONI  
(ASACOBIA) - Bamako**

**STATUTS**

**TITRE I : DE LA CREATION**

**Article 1:**

En vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de son état de santé la population du quartier de Bankoni a créé, conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 49/PG-RS du 28 mars 1959, une association dénommée Association Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBIA).

L'ASACOBIA est une association à but non lucratif qui possède la personnalité juridique.

Sa durée est illimitée.

Son siège est à Bamako en République du Mali.

**TITRE II : DES BUTS**

**Article 2:**

L'Association Santé Communautaire de Bankoni a pour but:

- de faciliter l'accès des populations du quartier de Bankoni aux soins essentiels, qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotif.
- de susciter la participation active et responsable des populations pour protéger et améliorer leur état de santé.

**TITRE III : DES OBJECTIF ET DES MODALITES D'ACTION**

**Article 3:**

L'ASACOIBA réalise ses objectifs en liaison étroite avec les services techniques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

**Il s'agit plus précisément :**

- d'assurer la création puis le fonctionnement d'un Centre de Santé Communautaire, destiné à l'ensemble de la population résidant dans la zone géographique de Bankoni.
- d'assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son bon fonctionnement et la qualité de ses services produits.
- de contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives et promotives conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Elle intervient plus particulièrement en accord avec les autorités politiques, administratives et techniques (essentiellement du MSP/AS) de la Commune I.

Elle collabore avec tout organisme ou association qui intervient au sein du quartier de Bankoni ou de la Commune I sur des objectifs communs.

#### **TITRE IV DES MEMBRES**

##### **Article 4:**

L'ASACOBA se compose de:

- membre d'honneur,
- de membres bienfaiteurs
- de membres actifs.

Est membre d'honneur de l'ASACOBA toute personne qui aura rendu des services exceptionnels à l'Association.

Est membre bien faiteur toute personne physique ou morale qui apporte son soutien à l'association.

Est membre actif toute personne qui adhère aux présents statuts, s'acquie de sa cotisation et participe aux activités de l'Association.

##### **Article 5:**

La qualité de membre de l'ASACOBA se perd :

- en fin d'année par non renouvellement de la carte d'adhésion,
- en cours d'année par la démission ou exclusion.

Toute exclusion est d'abord provisoire et ne devient définitive qu'après confirmation par l'Assemblée générale sur proposition du Bureau Exécutif après audition du membre incriminé.

#### **TITRE V : DES ORGANES**

##### **A- L'ASSEMBLEE GENERAL :**

##### **Article 6:**

L'Assemblée générale est l'instance suprême de l'Association.

Elle définit la politique générale de l'Association.

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le Bureau exécutif. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Bureau exécutif ou à la demande des 2/3 de ses membres actifs.

### **Article 7:**

L'Assemblée générale:

- adopte son ordre du jour sur proposition du Bureau Exécutif,
- approuve le rapport moral et financier du Bureau Exécutif,
- adopte le programme annuel d'activités,
- vote le budget annuel présenté par le Bureau Exécutif,
- fixe le montant des cotisations et la tarification des prestations produites par l'Association,
- fait toute proposition concernant l'organisation, la gestion et le développement des activités de l'association, et charge le Bureau Exécutif de missions diverses,
- décide des modifications des Statuts dans les conditions prévues par l'art. 20,
- élit les membres du Bureau Exécutif,
- prononce les sanctions.

### **Article 8:**

L'Assemblée Générale doit pour délibérer valablement réunir au moins la moitié de ses membres.

Sauf pour les modifications des Statuts, les décisions sont prises à la majorité des membres présents. Chaque membre dispose d'une voix.

Au cas où le quorum ne serait pas atteint après deux convocations consécutives, l'Assemblée Générale pourra délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents.

### **B- LE BUREAU EXECUTIF:**

#### **Article 9:**

Le Bureau Exécutif comprend des membres élus, des membres de droit et des membres nommés.

Sont élus par l'Assemblée Générale pour trois années renouvelables:

- un président
- un vice-président
- un secrétaire administratif
- un secrétaire administratif adjoint
- un trésorier
- deux commissaires aux comptes
- deux représentants par secteur, qui peuvent également occuper les fonctions ci-dessus.

Sont membres de droit avec voix consultative:

- un représentant de la section UDPM de la commune I
- un représentant de la section UNFM de la commune I
- un représentant de la section UNJM de la commune I

- le maire de la Commune I
- le Médecin-Chef de la Commune I

Sont membres nommés avec voix consultative toutes personnes qui ont été choisies par les membres élus.

**Article 10:**

Le bureau Exécutif exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association dans le cadre de la politique définie par l'Assemblée Générale.

Il convoque l'Assemblée Générale et aète l'ordre de jour de ses travaux.

Il élabore le projet de budget et le programme d'activités de l'Association.

Il crée toute commission qu'il juge nécessaire à la réaliusation des objectifs de l'Association.

Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la demande de la majorité simple de ses membres.

**Article 11:**

Le Président est le représentant légal de l'Association.  
il présente les assemblées générales et les réunions du Bureau Exécutif.

Il veille à l'exécution des décisions arrêtées par l'Assemblée Générale et le Bureau Exécutif.

il assure la marche quotidienne de l'Association.

Il prend tout contact nécessaire à la promotion de l'Association et à la conduite de ses activités.

Il est l'ordinateur du budget.

Il signe les conventions et accord conclus par l'Association.

**Article 12:**

Le vice-président seconde le Président et le remplace en cas d'empêchement ou d'absence.

**Article 13:**

Le secrétaire administratif tient le secrétariat du bureau Exécutif et de l'Assemblée Générale.

Il est le secrétaire de toutes les commissions

Il est le responsable des archives.



**Article 14:**

Le secrétaire administratif adjoint seconde le secrétaire administratif et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

**Article 15:**

Le trésorier est le responsable des fonds.

Il veille à l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers de l'Association.

Il procède à l'ouverture de tout compte bancaire ou postal au nom de l'Association, afin d'y déposer toutes sommes à lui remises.

Il tient des registres comptables, prépare l'avant-projet de budget et élabore le projet de rapport financier.

Il prend toutes les dispositions en vue du placement des cartes de membres et du paiement des cotisations.

**Article 16:**

Les commissaires aux comptes sont chargés de la vérification des comptes de l'association et en font rapport à l'Assemblée Générale.

**TITRE VI : DES RESSOURCES**

**Article 17:**

Les ressources de l'Association proviennent:

- de recettes correspondant à l'activité du Centre de Santé et qui sont entièrement affectées au fonctionnement de ce dernier;
- des cotisations des membres,
- des subventions des pouvoirs publics, des oeuvres de bienfaisance, d'organismes nationaux ou internationaux,
- des dons et legs.

**Article 18:**

L'exercice financier commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

**Article 19:**

Le Bureau Exécutif met à la disposition du Médecin-directeur du Centre de Santé Communautaire de l'association le budget de fonctionnement courant du Centre et de ses activités, à l'exclusion des salaires. Le médecin-directeur est l'ordonnateur de ce budget.

**PROPOSITIONS POUR LA CREATION  
D'UN CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE  
DANS LA QUARTIER DE BANKONI**

**1- Introduction:**

Les représentants de la population de Bankoni ont sollicité l'équipe des spécialistes en santé publique de l'INRSP et de l'ENMP pour les aider à concevoir et à créer un Centre de Santé Communautaire dans leur quartier.

Ce document contient les recommandations qui ont été faites par cette équipe après avoir procédé à une étude de faisabilité du projet et longuement débattu du sujet avec les personnes intéressées.

**2- Description du Centre:**

Le Centre de Santé Communautaire de Bankoni constituera une structure sanitaire dont le rayon d'action portera sur l'ensemble de la zone géographique du quartier de Bankoni et sur l'ensemble de la population qui l'habite.

Il regroupera:

- Un local comprenant, dans un premier temps, une salle de consultations et une salle de soins.

Plus tard, pourront lui être adjoints:

- Une salle de consultation des mères (planning familial, consultations pré et post natales)
- Une salle de consultation des enfant d'âge préscolaire (0 à 6 ans).
- Une salle d'accouchement
- Une pharmacie
- Une salle de petite chirurgie.

Il est donc préférable de choisir pour débiter le projet un local qui sera non seulement à même d'heberger ces différentes salles, mais qui disposera également d'une cours fermée pouvant servir de salle d'attente et de lieu de réunion, notamment pour les séances d'éducation sanitaire.

Ainsi, la location d'une concession traditionnelle sera parfaitement indiquée.

- Un personnel qui dans un premier temps se limitera à un docteur en médecine et à un aide soignant.  
Plus tard pourra être envisagé le recrutement de sage-femme, d'infirmiers et d'autres catégories de personnel telles que les aides soignants.

Le premier médecin devra être recruté, après concours spécial, parmi les sortants de l'ENMP qui n'ont pas été intégrés dans la fonction publique. Il serait souhaitable qu'il accepte de venir habiter Bankoni.

L'aide soignant (ou aide soignante) devra être également recruté(e) par concours parmi des personnes ayant assumé des fonctions d'aide soignant ou de matrone rurale dans un centre de santé extérieur à Bamako.

### **3- Activités du Centre:**

Dans un premier temps, le centre effectuera des consultations quotidiennes de médecine générale destinées à l'ensemble des ressortissants de Bankoni. Il dispensera également des soins infirmiers, qu'ils s'agissent d'injections ou de pansements. Dans ce cadre, il pourra également assurer le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

Plus tard on pourra envisager de lui adjoindre:

- Des consultations systématiques entrant dans le cadre des actions de SMI (planning familial, pré et post natales, enfants d'âge préscolaire)
- La couverture vaccinale contre les maladies du PEV des enfants et des femmes enceintes de Bankoni.
- La conduite d'activités d'éducation sanitaire (éducation nutritionnelle, amélioration de l'hygiène,...)
- La conduite d'accouchements normaux.

### **4- Financement:**

Le centre fonctionnera comme une structure ayant une gestion autonome et cherchant à s'autofinancer.

#### **4.1. Ses ressources proviendront pendant la première période de la vente de ses services et de quelques subventions.**

- La vente de services s'effectuera grâce à la mise en place d'un système de ticket: chaque malade qui souhaite se rendre au centre de santé communautaire devra acheter tout d'abord un ticket, à un prix fixe, largement connu de l'ensemble de la population. Muni de ce ticket, il pourra se rendre au Centre de santé, y être examiné et recevoir une ordonnance dont la validité sera d'une semaine, pendant laquelle tous les soins infirmiers (injections, pansements,...) et les éventuelles consultations supplémentaires seront assurés sans nouvelle contribution financière;
- Les subventions se limiteront à faciliter l'ouverture du centre en s'assurant par exemple la prise en charge des frais d'aménagement de locaux (réparation, ameublement et éventuellement frais de location) et ne dépasseront pas le cadre de la première année.

- 4.2. Dans un deuxième temps, pourront être introduites "des allocations contractuelles" qui seront versées au centre en échange de la production de certains services incombant normalement au budget de l'Etat ou des collectivités locales (dépistage ou traitement d'un tuberculeux ou d'un lépreux, vaccination complète d'un enfant, réalisation d'activités éducatives,...)

## 5- Gestion:

- 5.1. Le centre constituera une structure privée à but non lucratif. Sa gestion sera confiée à un Comité de santé qui pourra être appelé "**Association pour la Promotion de la Santé (APS) de Bankoni**" et qui disposera de la personnalité morale. Regroupant des représentants des six secteurs qui composent le quartier de Bankoni, cette association aura un bureau permanent comprenant:

- Un Président
- Un secrétaire
- Un trésorier

et des membres désignés par chaque secteur et dont certains occuperont les fonctions d'adjoints ou de commissaires aux comptes.

- 5.2. Le bureau de cette association nommé pour trois ans aura pour fonction principale de prendre toutes les décisions concernant le fonctionnement du centre notamment:

- La fixation des salaires et le renouvellement des contrats du personnel dont elle sera l'employeur,
  - Le choix des vendeurs de tickets et leurs modalités de travail.
  - La fixation du prix des tickets
  - L'ouverture d'activités nouvelles
  - Le vote du budget
- etc...

- 5.3. Afin de respecter le principe de la séparation de l'ordonnateur et du comptable, le personnel soignant ne devra jamais manipuler la moindre somme d'argent.

Les encaissements résultant de la vente des tickets seront faits par le trésorier qui les recevra directement de la main des vendeurs de tickets et qui les reversera aussi souvent que nécessaire sur un compte bancaire spécialement ouvert au nom de l'association.

Les diverses subventions ou les allocations contractuelles seront versées sur le même compte.

Le médecin du centre de santé sera l'ordonnateur du budget, conformément aux délibérations du bureau élargie de vaccination.

## **6- Relations avec le Centre de Santé Communal:**

Bien que le Centre autonome, ses activités devront s'inscrire parfaitement dans le cadre de la politique nationale et contribuer à sa mise en oeuvre.

Son médecin devra donc adresser au Médecin-chef de la Commune I un rapport mensuel d'activités.

Il est également souhaitable que le médecin chef de la commune I participe à titre consultatif aux réunions du bureau élargi de l'association, pour la promotion de la santé.

Des accords ultérieurs pourront éventuellement être conclus entre le centre de santé communautaire et le centre de santé de la commune I, afin que le premier prenne effectivement en charge certaines activités qui relèvent de la responsabilité du second (tels que les vaccinations, le dépistage et le traitement des tuberculeux et des lepreux...) moyennant bien sûr une compensation financière.

## **7- Dépenses et recettes annuelles:**

### **7.1. Dépenses:**

#### **7.1.1 Fonctionnement:**

- Salaires:		
Médecin: 60.000 FCFA x 12 mois		720.000 FCFA
Aide soignant 20.000 FCFA x 12 mois		240.000 FCFA
- Location:		
25.000 FCFA x 12 mois		300.000 FCFA
- Fourniture des médicaments d'urgence (à raison de 50 F en moyenne par malade)		300.000 FCFA
- Frais divers (propreté, papeterie,...)		
1000 FCFA x 365 jours		365.000 FCFA
- Total des dépenses de fonctionnement:		<u>1.925.000 FCFA</u>

#### **7.1.2 Investissements:**

- Réparation des locaux (forfait):		225.000 FCFA
- Achat du mobilier (forfait):		250.000 FCFA
- Total des dépenses d'investissement:		<u>475.000 FCFA</u>

**7.1.3 Total des dépenses: 2.400.000 FCFA**

## 7.2 Recettes:

- Consultations externes:	
250 FCFA x 20 jours x 300 jours =	1.500.000
- Soins	
50 FCFA x 60/jour x 300 jours =	900.000 FCFA
- Total des recettes propres:	<u>2.400.000 FCFA</u>

## 8- Besoins de financement:

Pour débiter les meilleures conditions possible, le Centre nécessitera un financement initial, sous forme d'une subvention de 1.500.000 FCFA, qui seront justifiés de la façon suivante:

- Location de la concession pendant 2 ans:	
25.000 FCFA x 24 mois =	600.000 FCFA
- Réparation de locaux	225.000 FCFA
- Achat du mobilier	250.000 FCFA
- Paiement des quatre premiers mois de salaires	
(60.000 + 20.000) FCFA x 4 mois	320.000 FCFA
- Imprévus	105.000 FCFA
Total	<u>1.500.000 FCFA</u>

Fait à Bamako le 10 Mai 1988

**LISTE DU MATERIEL DU CENTRE DE SANTE**  
**SALLE DE CONSULTATION DU MEDECIN CHEF**

MATERIEL	NOMBRE
Appariel à tension	1
Sthetoscope	1
Otoscope	1
Table de consultation	1
Tambour	1
Boîte à instrument	1
Chariot	1
Speculums	4
Plateau	2
Torche	1
Téléphone	1
Poubelle	2
Porte manteau	2
Armoire	1
Bibliothèque	3
Tableau d'affichage	3
Chaises	4
Table de lit	1
Robinet	1
Règle	1
Posse pied	1
Serviette	1
Encreur	1
Tempon	1
Tables de bureau	1
Mètre ruban	1
Abaisse langue	1

**MATERIELS DISPONIBLES AU CENTRE DE SANTE DE BANKONI PAR UNITES**

**DISPENSAIRE SUITE**

**SALLE CONSULTATION DU 2EME MEDECIN**

<b>MATERIEL</b>	<b>NOMBRE</b>
Table de consultation	1
Table de bureau	1
Table pour instrument	1
Appareil à tension	1
Sthetoscope	1
Otoscope	1
Petit tamboour	1
Robinet	1
Table de lit	1
Bassin de lit	1
Porte-manteau	2
Gants	2
Haricot	2
Chaises	
Règle	1
Paravent	1
Tableau d'affichage	1
Speculum	4
Serviette	1



SALLE DE CONSULTATION DU 3EME MEDECIN 1

MATERIELS	NOMBRE
Table de consultation	1
Table de Bureau	1
Tambour	1
Speculum	7
Appareil à tension	1
Sthétoscope	2
Otoscope	1
Boîte à instrument	1
Plateau	1
Poubelle	1
Bassin de lit	1
Petite table de matériel	1
Porte manteau	2
Robinet	1
Armoire	1
Table de lit	0
Table d'affiche	1
Chaise	3
Règle	1
Pose pied	1
Serviette	1
Stetoscope obstetcal	1
mètre ruban	1
Armoir pharmacie	1

## MATERNITE

### 1 SALLE DE CONSULTATION PRENATALE N° 1

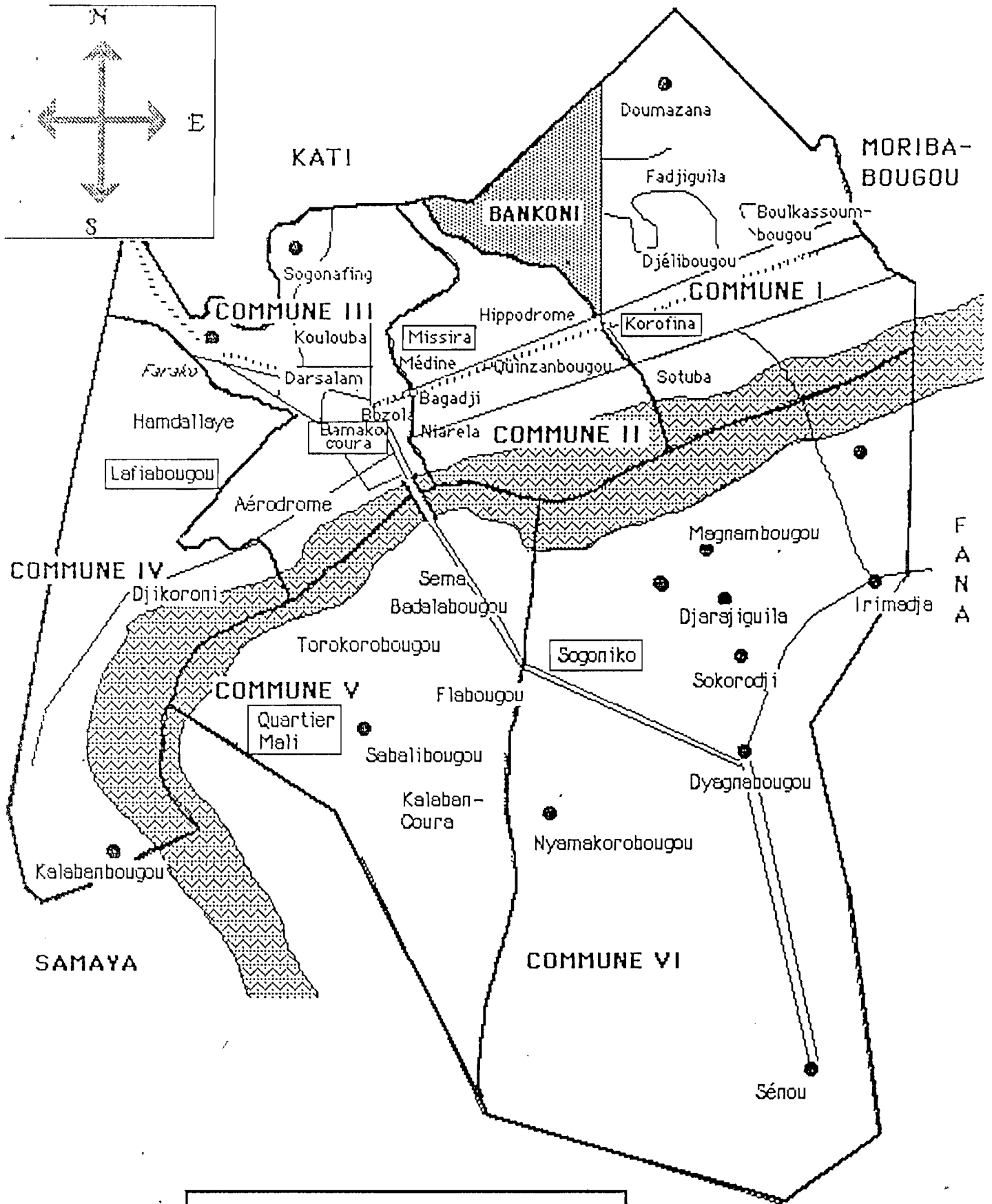
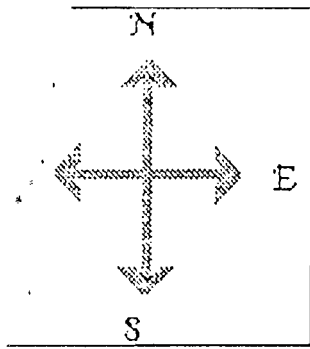
MATERIELS	NOMBRE
Table de consultation (Table en bois traditionnelle)	1
Table bureau	1
Appareil à tension	1
Sthétoscope	1
Chaises	3
Registre	1
Table de lit	1
Poubelle	1
Paravent	1
Tambour	2
Sthetoscope obstetrical	1
Haricot	1
Table (petite) de matériel	1

### SALLE DE CONSULTATION N° 2

#### PRENATALE

Tablede consultation prenatale	1
Table bureau	1
Armoire	1
Bibliothèque	1
Table de lit	1
Toise	1
Balance	1
Lit	1
Poubelle	2
Tambour	2
Speculum	10
Etagère	2
Robinet	1
Haricot	1
Appareil à tension	2
Sthetoscope obstétricale	1
canari	1
chaise	3
Registre	1
Tableau d'affichage	1
Règle	1
Fiche de déclaration de naissance	





**DISTRICT DE BAMAKO**

SANAKOROBA

Légende : Centre de Santé

ECHELLE = 1/100.000.