

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année : 2020 - 2021

N° /M

Thèse

PERCEPTION DE LA POPULATION DE LA COMMUNE URBAINE DE KONIAKARY SUR LE BON FONCTIONNEMENT DU CSCOM DE 2007-2016

Présentée et soutenue publiquement le 28 /12 / 2021
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. SIDIBE Souley

Pour l'obtention du grade de Docteur Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr Hamadoun SANGHO

Membre: Pr Mouctar DIALLO

Membre : Dr Seydou DIARRA

Directeur : Pr Abdoulaye DABO

DEDICACES

-A mon père YORO SIDIBE

L'éducation que nous avons reçue de toi m'a poussé à suivre tes pas.

Ton principe, l'amour du travail bien fait et le respect du serment dans l'exercice de travail.

-A ma mère FATOUMATA DIARRA

C'est la réalisation d'un de tes rêves. Je ne peux que te remercier.

Sang et larmes coulés pour la cause, puisse ce travail être le début du couronnement de vos années de souffrance.

Les mots me manquent pour exprimer tous mes sentiments de vos années de Souffrance

Que le Tout Puissant t'accorde une longue et heureuse vie Amen !

Remerciements

-A mes chers tontons ABDOULAYE SIDIBE, ABDOULAYE DIARRA, BAKARY DIARRA

Votre éducation, vos encouragements, vos conseils et vos soutiens ont été fructueux tout au long de mes études.

Ce travail est le vôtre, retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

-A mes tantes MAMOU COULIBALY, ADAMA CISSE

Vos encouragements, vos soutiens, vos bénédictions ne m'ont pas fait défaut pour atteindre cet objectif.

Je serais heureux que vous trouviez ici le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde gratitude.

-A ma chérie : AMINATA TOURE, merci de ta patience.

-Au Mali : Pour tes efforts consentis dans notre formation, que nous te servions avec amour et loyauté.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

Pr Hamadoun SANGHO

- Professeur Titulaire de Santé Publique à la FMOS
- Ex-Directeur général du Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)
- Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maitre,

C'est pour nous un grand honneur et un grand privilège que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités scientifiques, votre dévouement pour la formation continue des étudiants et votre engagement dans la lutte contre le paludisme font de vous un Maitre admiré de tous.

Recevez cher Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et juge

Professeur Mouctar DIALLO

- Professeur titulaire en biologie, parasitologie
- Enseignant à la faculté de pharmacie
- Chef de DER Science fondamentale à la FASH
- Président des associations des biologistes techniciens de laboratoire de Bamako

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Cher Maître, permettez-nous de vous exprimer notre humble et profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Dr Seydou DIARRA

Seydou Diarra

- Assistant en anthropologie médicale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la Faculté des sciences humaines et des sciences de l'éducation département socio anthropologie Université des lettres et des sciences humaines de Bamako (ULSHB)
- Chercheur sur les politiques et système de santé et les politiques sur la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes au Mali
- Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
- Enseignant à l'école de santé publique
- Chargé de cours d'anthropologie médicale et de la santé à l'Institut National de formation en science de la santé (INFSS)

Honorable Maître,

Nous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement et votre engagement dans la lutte contre les maladies tropicales négligées et en particulier la schistosomose et les géohelminthiases sont très appréciés des populations et des autorités de notre pays.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Abdoulaye DABO

- ✓ Professeur Titulaire de Parasitologie et de Biologie animale à la FAPH ;
- ✓ Doctorat d'Etat ès Sciences en Parasitologie, Université d'Abobo-Adjamé (CI) ;
- ✓ Directeur du Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique ;
- ✓ Secrétaire Général de la Société Africaine de Parasitologie (SOAP) ;
- ✓ Secrétaire Général de la Société de parasitologie et de Mycologie du Mali (SOPAMYM) ;
- ✓ Officier de l'Ordre national du Mali.

Plus qu'initiateur de ce travail, vous nous avez toujours été pour moi un père, un guide pour m'avoir gratifié de vos conseils et de votre disponibilité constante tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Vos qualités d'homme intègre et assidu, vos connaissances académiques inépuisables et votre humanisme, font de vous, un Maître admiré de tous.

Soyez assuré, cher Maître de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG= Assemblée Générale
ADS=Action de Développement Social
AGR =Activité Génératrice de Revenus
ASACO=Association de Santé Communautaire
ASACOB=Association de Santé Communautaire de Banconi
APEJ=Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes
PTME=Prévention de la Transmission Mère Enfant
ML=Mouso la damounen
BCG= Bacille Calmette Guérin
BE=Bureau Exécutif
C=Commune
CA=Conseil d'Administration
CAM=Convention d'Assistance Mutuelle
CG=Comité de Gestion
CCC=Communication pour le Changement de Comportement
CMLN=Comité Militaire de Libération Nationale
CPN=Consultation Périnatale
CS=Comité de Surveillance
CSAR=Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM=Centre de Santé Communautaire
CSREF=Centre de Santé de Référence
DCI=Dénomination Commune Internationale
DNS=Direction Nationale de la Santé
DNSI=Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DRS=Direction Régionale de la Santé
DTCP=Diphtérie Tuberculose Coqueluche Poliomyélite
EPH=Etablissement Public Hospitalier
ESDM= Enquête Statistique et Démographique du Mali

EDM =Energie Du Mali

Etc= Etcétéra

F=Féminin

FENASCOM=Fédération Nationale des Associations de Santé
Communautaire

FMOS=Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FELASCOM=Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire

FERASCOM=Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire

GIE=Groupement d'Intérêt Economique

HIV=Virus de l'immunodéficience humain

HGT=Hôpital Gabriel Touré

IB =Initiative de Bamako

IEC=Information-Education-et Communication

IST=Infection Sexuellement Transmissible

INPS=Institut National de Prévoyance Sociale

M=Masculin

MS=Ministère de la Santé

N°=Numéro

ONG=Organisation Non Gouvernementale

PDSC=Plan de Développement Socio-sanitaire de la Commune

PF=Planning Familial

PMA=Paquet Minimum d'Activité

PRODESS=Programme Décennal de Développement Socio-Sanitaire

PSPHR=Projet Santé Population d'Hydraulique Rurale

PSSP=Politique Sectorielle de Santé et de Population

PPTTE= Pays Pauvres Très Endettés

Polio=Poliomyélite

SSP=Soins de Santé Primaire

SIDA=Syndrome d'immunodéficience acquise

VAT= Vaccin Anti Tétanique

VAR= Vaccin Anti Rougeole

Vit A=Vitamine A

%=Pourcent

EMNDAM= Regroupement des villages

Liste des Tableaux

<u>Tableau I</u> : Evolution des consultations enregistrées par pathologie au CSCom de Koniakary entre 2007 et 2016.....	29
<u>Tableau II</u> : Répartition de la vaccination par les vaccins antitétaniques en fonction de l'état des femmes en âge de procréer dans le CSCom de Koniakary entre 2007 et 2016.....	32
<u>Tableau III</u> : Répartition des parturientes (pourcentage entre parenthèses) en fonction du suivi de la grossesse au CSCom-U de Koniakary de 2007 à ,2016...33	33
<u>Tableau IV</u> : Evolution du nombre d'enfants vaccinés contre les maladies du PEV ou ayant reçu la vitamine A dans le CSCom de Koniakary de 2007 à 2016.....	35
<u>Tableau V</u> : Répartition des méthodes de planification utilisées dans le CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.....	37
<u>Tableau VI</u> : Répartition du nombre de participants à l'enquête par quartier à Koniakary, mars 2017	38
<u>Tableau VII</u> : Répartition de la population enquêtée par classe d'âge dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.....	34
<u>Tableau VIII</u> : Répartition des personnes enquêtés en fonction du niveau d'instruction dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.....	39
<u>Tableau IX</u> : Répartition des personnes enquêtés en fonction de leurs occupations dans lacommune urbaine de Koniakary, mars 2016.....	40
<u>Tableau X</u> : Répartition des personnes enquêtés selon la durée du temps de résidence dans la commune.....	41
<u>Tableau XI</u> : Répartition de la population enquêtée selon leur avis sur la paternité du CSCOM dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2016.....	42

<u>Tableau XII</u> : Répartition des personnes enquêtées en fonction des raisons de leur non adhésion à l'ASACO de Koniakary, mars 2017.....	43
<u>Tableau XIII</u> : Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur opinion sur la présentation de rapports annuels, mars 2017.....	44
<u>Tableau XIV</u> : Opinion de la population enquêtée selon la qualité de l'accueil au CSCOM dans la Commune urbaine de Koniakary, mars 2017.....	44
<u>Tableau XV</u> : Répartition de la population d'étude en fonction de la capacité d'écoute du praticien au CSCom-U de Koniakary, mars 2017.....	45
<u>Tableau XVI</u> : Opinion de la population enquêtée selon la durée du temps d'attente avant la consultation au CSCom-U de Koniakary, mars 2017.....	46
<u>Tableau XVII</u> : Fréquence des principales difficultés rencontrées au CSCom-U selon les enquêtés, mars 2017.....	47
<u>Tableau XVIII</u> : Causes de la faible fréquentation du CSCom-U de Koniakary, mars 2017.....	48
<u>Tableau XIX</u> : Solutions pour un meilleur fonctionnement du centre du CSCom-U de Koniakary, mars	49

Liste des figures

Figure 1 : Situation géographique de la commune urbaine de Koniakary dans la région de Kayes.....	12
Figure 2 : Carte de la commune rurale de Koniakary montrant la répartition géographique des quartiers et les infrastructures.....	14
Figure 3 : Evolution du nombre de consultations au CSCom de Koniakary de 2007 à 2016.....	28
Figure 4 : Répartition des consultations dans le CSCom-U de Koniakary de 2007 à 2016 en fonction de l'âge.....	29
Figure 5 : Répartition des consultations en fonction des pathologies prioritaires au CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.....	30
Figure 6 : Variation des consultations prénatales par année dans le CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.....	31
Figure 7 : Evolution des accouchements par année dans le CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.....	33
Figure 8 : Evolution des accouchements par année dans le CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016 selon le lieu d'accouchement.....	34
Figure 9 : Evolution du nombre de CPON par année dans le CSCom-U de Koniakary de 2007 à 2016.....	36

Table des matières

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

I.INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
2.1. Objectif général.....	3
2.2. Objectifs spécifiques.....	3
III. GENERALITES.....	4
3.1. Situation socio-sanitaire du Mali	4
3.2. Rappel sur les associations de santé communautaire.....	6
3.2.1 Définitions opérationnelles.....	6
3.2.2. Processus de mise en place des CSCOM.....	7
3.2.3. Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO.....	9
IV. MATERIELS ET METHODES.....	11
4.1. Lieu d'étude.....	11
4.1.1. La Commune urbaine de Koniakary.....	11
4.1.2. Le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) Bouya KANE.....	15
4.2. Type et période d'étude.....	17
4.3. Echantillonnage	17
4.3.1. Enquête quantitative.....	17
4.3.2. Enquête qualitative.....	17
4.4. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	19
4.5. Variables étudiées.....	19
4.6. PLAN DE COLLECTE ET DES DONNEES.....	23
4.6.1. Définitions opérationnelles des concepts de concessions et de.....	23
4.6.2. Formation de l'enquêteur.....	23
4.6.3 Choix des concessions à enquêter.....	24
4.7 ANALYSE DES DONNEES.....	25
4.7.1 Questionnaire destiné aux membres du comité de gestion concernera:....	25
4.7.2 Questionnaire adressé au personnel de santé	25
4.7.3 Questionnaire conçu pour les chefs de ménages a.....	25
4.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	26
V. RESULTATS.....	28
5.1. Résultats des activités menées au CSCOM-U.....	28

5.2. Résultats de l'enquête sur opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du CSCom.....	37
5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	37
5.2.2. Opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du CSCom.....	40
5.3. Résultats de l'enquête sur opinion de la population sur les services offerts dans le CSCom.....	44
5.3.1. Difficultés liées à la faible fréquentation du Centre par les populations...	46
5.3.2. Causes de la faible fréquentation du centre par les populations	47
5.3.3. Solutions préconisées pour améliorer la fréquentation du Centre.....	48
5.4. Résultats de l'enquête auprès du personnel du CSCOM.....	49
VI. DISCUSSION	50
VII. CONCLUSION.....	58
VIII.RECOMMANDATIONS.....	59
IX-REFERENCE	61

INTRODUCTION

Au Mali, la politique sectorielle s'appuie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCom), le second, le centre de santé de référence (CSRéf), le troisième et le quatrième niveaux sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux [1]. Pour mener à bien cette politique de santé, le pays a ratifié plusieurs politiques universelles de santé parmi lesquelles la Santé pour Tous (1977), la Stratégie des Soins de Santé primaires, le Scénario du Développement en trois phases (Lusaka 1985), l'Initiative de Bamako (Bamako, 1987) et la Santé pour Tous au XXI^e siècle (Genève 1998). S'inspirant des recommandations de la conférence d'Alma-Ata [2], le pays a élaboré une politique nationale de santé fondée sur les principes des soins de santé primaires au cours des années 1980. Durant cette période, des structures participatives ont été créées (comité et conseil de gestion des centres de santé de cercles). Celles-ci devaient gérer les recettes générées à la base par le recouvrement des coûts imposés par le gouvernement. Mais, ces structures participatives n'incluaient pas les représentants des communautés, mais plutôt des représentants de l'administration locale et régionale [3]. Les services de santé, avec des disparités régionales marquées, étaient inaccessibles et 30% seulement de la population vivaient dans un rayon de 15 km autour d'un centre de santé. Ce faible taux de couverture sanitaire des populations qui en résulte était bien perceptible partout au Mali notamment dans le cercle de Kayes, où jusqu'à la création de son CSCom en 1999, les populations de Koniakary avaient recours aux services du dispensaire de Ségala, le chef-lieu d'arrondissement situé à 9km, voir à ceux du chef-lieu de cercle, Kayes à 68 km. D'une manière générale, la qualité des soins fournis par les services de santé était dérisoire en raison de l'insuffisance du personnel de santé qualifié, d'une mauvaise répartition régionale et de son manque de motivation [3]. Pour résoudre cette équation, le Mali s'est engagé depuis 1991 à autoriser les privés et la population à prendre en charge leurs sante. Ce contexte est favorable au développement de l'initiative privée, et notamment à l'éclosion de la société civile et des entreprises

d'économie sociale. Dans le domaine de la santé, les années « 90 » ont été marquées par les difficultés budgétaires et la décision de l'Etat Malien de libéraliser la filière des soins de santé. Des mesures ont été prises pour autoriser l'exercice privé de la médecine, mettre fin au principe de gratuité des soins, et supprimer le monopole de l'Etat sur les importations de médicaments. Suite à l'initiative de Bamako, la population a été davantage responsabilisée dans le financement et la gestion des soins de santé primaires, notamment par le biais du recouvrement des coûts des soins et la vente des médicaments essentiels [3]. Au Mali, cette politique s'est traduite par la création de Centres de Santé Communautaires (CSCoM), autogérés par la communauté par le biais des Associations de santé communautaires (ASACO). C'est ainsi que fut créé le premier Centre de santé communautaire « CSCoM » en mars 1989 à l'initiative d'un groupe de notables du quartier périurbain de Bankoni regroupés au sein de l'Association de santé communautaire (ASACO) dénommée (Association de santé communautaire de Bankoni - ASACOBANKONI). Depuis cette date, des centaines de CSCoM sous l'égide des associations de santé communautaire ont vu le jour à travers le pays. Aussi, pour mieux répondre aux besoins de santé d'une population sans cesse croissante, le projet de construction du CSCoM de Koniakary a été lancé à l'initiative des ressortissants du village résidant au Congo, puis concrétisé en 1999 sous l'égide de ceux vivant à Bamako regroupés au sein de l'association « Enndam Jombuku ». Bien salué à sa création par l'ensemble de la population de Koniakary et celles des villages environnants, ce CSCoM dénommé « CSCoM Bouya KANE » a affiché des performances inégalées au regard du nombre de consultations réalisées passant de 6400 en 2007 à 11561 en 2012. Curieusement à partir de cette date, la fréquentation du Centre ne cessait de s'effondrer au fil des ans jusqu'à 7124 consultations enregistrés en 2016. C'est pour identifier les causes de cette contre-performance du Centre que nous avons initié cette étude en vue d'y proposer des solutions.

II. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer l'état de fonctionnement du CSCom de Koniakary et le niveau de satisfaction des utilisateurs.

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les activités menées au CSCom en rapport avec les missions assignées au CSCom à sa création (consultations curatives et prénatales, vaccination, activités promotionnelles) ;
- ✓ Recueillir l'opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du centre de santé ;
- ✓ Décrire l'opinion des populations sur les services offerts dans le centre de santé (accessibilité au service, organisation des soins, information et assistance, soins médicaux et relation médecin-patient) en vue d'identifier les facteurs de blocage.

III. GENERALITES

3.1. Situation socio-sanitaire du Mali.

La République du Mali est un vaste pays de 1 241 248 km². Selon les dernières statistiques de l'OMS [4]), la population du pays s'élève à 17 995 000 habitants. Malgré les nombreux efforts entrepris par le Mali et ses partenaires dans le domaine de la santé, les indicateurs sociaux sanitaires sont encore loin d'être satisfaisants : une espérance de vie h/f (années, 2016) de 58/58; un quotient de mortalité infanto-juvénile de 98 pour 1000 naissances vivantes années, 2018) ; un quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000, 2016) de 279/261 ; des dépenses totales consacrées à la santé en % de PIB (2014) de 6,9 dollars.

La précarité de la situation socio- sanitaire est aggravée par des facteurs tels que :

- l'insuffisance d'hygiène et d'assainissement du cadre de vie ;
- les attitudes et pratiques néfastes à la santé;
- un taux de fécondité et de natalité élevé respectivement de 0,05% et 45 pour 1000;
- un taux brut de scolarisation faible (35% au premier cycle) avec 25,7% de taux déscolarisation des filles;
- un faible accès à l'eau potable,(seulement 48% de la population en milieu urbain contre 36% en milieu rural);
- une faible couverture sanitaire (40% dans un rayon de 5km et 30% dans un rayon de 15km) et;
- une faible utilisation des services de santé de l'ordre de 0,3 contact par individu et par an.

En guise de réponse à ce problème crucial de la prise en charge de la santé des populations, les ministres africains de la Santé se sont engagés à mettre en œuvre

« l'Initiative de Bamako » à la 37^{ème} Session du Comité régional de l'OMS tenue en 1987 [5]. Cet engagement a eu un effet mobilisateur sur les partenaires extérieurs et le pays lui-même par la responsabilisation et l'implication des populations dans la gestion de leur problème de santé et par la promotion des médicaments à Dénomination Commune Internationale (DCI). L'expérience des projets de recouvrement des coûts lancés à travers le pays et celle de la disponibilité des médicaments essentiels sous forme générique ayant été concluantes, la preuve a été faite que les populations étaient prêtes à payer pour les prestations de soins de meilleure qualité [5].

Engagé par la volonté d'apporter une réponse efficace à ces problèmes de santé et conscient de l'impasse dans laquelle le conduisait l'organisation antérieure du système de santé, le Mali a adopté le 15 décembre 1990, sa déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) visant un développement harmonieux durable du secteur de la santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire de la promotion de la Famille. Dans le cadre de la mise en œuvre des différentes politiques issues du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 à savoir le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I - 1998-2002 ; le PRODESS II - 2005- 2009 prolongé à 2011 et le PRODESS III – 2014-2018), le Mali a élaboré son quatrième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023 [6]. Ce nouveau plan décline une nouvelle approche pour la prise en compte du secteur regroupant les domaines de la Santé et de l'Hygiène Publique; du Développement Social, qui ont été élargis à la promotion de la Famille en 2010. A la fin des années 1980 au moment où le Ministère de la santé était engagé dans une réflexion sur les rôles respectifs du gouvernement et des communautés dans le système de santé au Mali, les expériences pionnières de la création des Centres de Santé Communautaire (CSCoM) ont été développées par le projet intitulé «Projet de développement sanitaire dans le district de Bamako». En mars 1989, s'ouvrait à

Bamako le premier Centre de santé communautaire ou « CSCom » sous l'égide de l'Association de santé communautaire de Bankoni (ASACOBA). De 350 CSCom fonctionnels en 2001, le pays en comptait 1170 en 2014, selon la Direction nationale de la santé [7].

3.2. Rappel sur les associations de santé communautaire

3.2.1 Définitions opérationnelles

- **la Santé communautaire(SC)** est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs ennuis de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités [8].

- **l'Association pour la Santé Communautaire (ASACO)** est *une association privée sans but lucratif* regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé [9].

- **le Centre de Santé Communautaire (CSCOM)** est une formation sanitaire de premier niveau créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée en association de santé communautaire (ASACO), pour répondre de façon efficace et efficiente à des problèmes de santé communautaires. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de l'ASACO mis en place par cette population [6]. En outre, les CSCOM constituent des pièces maîtresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation

institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d'avant - garde du processus qui visent l'organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisées, avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et des autres partenaires [6].

- **L'aire de santé** est la zone couverte par un CSCOM ou un Centre de Santé d'arrondissement (CSAR). C'est une unité géographique de base abritant une population minimum de 5000 à 10000 habitants vivant dans un rayon de 15km autour d'un CSCOM/CSAR et formant la zone de constitution et d'intervention d'un Centre de Santé Communautaire.

Elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées sur la base de critères qui ont pour but de permettre aux CSCOM/CSAR une fréquentation suffisante pour le rendre viable financièrement et une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transport font généralement défaut [9].

3.2.2. Processus de mise en place des CSCOM

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

- ✓ la constitution de l'ASACO: il s'agit de l'élaboration du statut, du règlement intérieur et la reconnaissance de l'ASACO par le ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales;
- ✓ l'étude du milieu, la monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire
- ✓ l'approche communautaire, négociation (mise en place du CSCOM): Il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation;
- ✓ l'élaboration du projet du CSCOM;

- ✓ l'engagement des différents partenaires (Etat/ou ONG)
- ✓ l'obtention de l'agrément et;
- ✓ la signature de la convention d'assistance mutuelle(CAM) avec l'Etat.

Aux termes de la convention d'assistance mutuelle définie par l'Arrêté inter ministériel no94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 modifié depuis par l'Arrêté inter ministériel n°314, l'ASACO doit signer une convention avec le Ministère de la Santé Publique qui peut déléguer ce pouvoir à l'autorité administrative d'implantation du CSCOM par rapport au centre de santé de référence (Article 10) .L'ASACO peut être donc définie comme la structure dans laquelle la population d'une aire de santé s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé.

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

Pour l'ASACO

- Assurer à la place de l'Etat, un service public minimum : le paquet minimum d'activités ;
- Participer au coût de construction et réhabilitation du CSCOM ;
- Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM, l'entretien de l'infrastructure ;
- Fournir au service socio sanitaire des rapports sur la gestion et les rapports d'activités trimestriels du centre ainsi que les statistiques sanitaires ;
- Déclarer officiellement le personnel ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;
- Tenir régulièrement le conseil de gestion de l'aire de santé et participer aux conseils de gestion socio sanitaire de cercle ou de commune [9].

Pour l'Etat

- Assurer la mise en disposition d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels de dénomination commune internationale (DCI) ;
- Contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Equiper ou compléter l'équipement ;
- Renouveler le gros matériel médical ;
- Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;
- Assurer la formation initiale en gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;
- Assurer la formation technique du personnel ;
- Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le paquet minimum d'activités (PMA) ;
- Exercer une supervision technique périodique du CSCOM.

3.2.3. Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO

L'adhésion à l'ASACO est individuelle et son fondement est le renforcement de la citoyenneté. Les enfants mineurs ou scolarisés et les épouses bénéficient de l'adhésion du chef de famille en tant qu'ayants droit. L'existence juridique de l'ASACO résulte de la personnalité morale dont elle dispose ; son identité sociale repose sur le nombre de ses adhérents et leur degré d'engagement à son égard. Le moment fort de sa vie est son assemblée générale, qui réunit au moins une fois par an l'ensemble de ses membres pour prendre les grandes décisions qui présideront à ses activités et plus précisément au fonctionnement et au développement de son centre de santé.

Selon les textes régissant les ASACO, celles-ci doivent être dotées des structures dirigeantes suivantes :

- l'Assemblée générale (AG) est appelée aussi Assemblée des membres adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé;

- le Conseil d'Administration(CA) est l'organe d'exécution des décisions de l'AG;
- le Comité de Gestion(CG) est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du centre de santé;
- le Comité de surveillance(CS) est chargé de la surveillance des activités du CG.

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

Les ASACO se sont organisées en :

- Fédération locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM) ;
- Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM) ;
- Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM).

Selon les données de la DNS (2014), le Mali compte 1 1 7 0 CSCOM fonctionnels [7] données qui ont dû évoluer depuis cette date.

C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique qu'a été lancé le vaste programme de la création des CSCom dont celui de Koniakary, transformé en Centre de santé communautaire universitaire (CSCom-U) en 2010.

IV. MATERIELS ET METHODES

4.1. Lieu d'étude

4.1.1. La Commune urbaine de Koniakary

La commune urbaine de Koniakary est située dans la région de Kayes à l'Ouest du Mali (cercle de Kayes) plus précisément dans la zone dite « Jombuku » à environ 68 Km à l'Est de la ville de Kayes sur la route nationale N°1 (**Figure 1**). Elle est limitée au :

- . Sud-est par les villages de Darou Salam, Oussoubidjandia, Marintoumania (dans la commune rurale de Marintoumania),
- . Nord-est par les villages de Hamdallaye, Sabouciré, Kolomé, Marila de la commune rurale de Marintoumania,
- . Nord-ouest par les villages de Batama et Ségala et au
- . Sud-ouest Mouliné et Sadioya de la commune rurale de Ségala.

La commune est située à 10°54'48' de longitude Ouest et à 14°48'28' de latitude Nord et elle s'étend d'Est en Ouest sur environ 2,5 Km et du nord au sud sur 0,95 Km dans sa partie la plus large couvrant ainsi une superficie de zone d'habitation de 2375Km² (**Figure 1**).

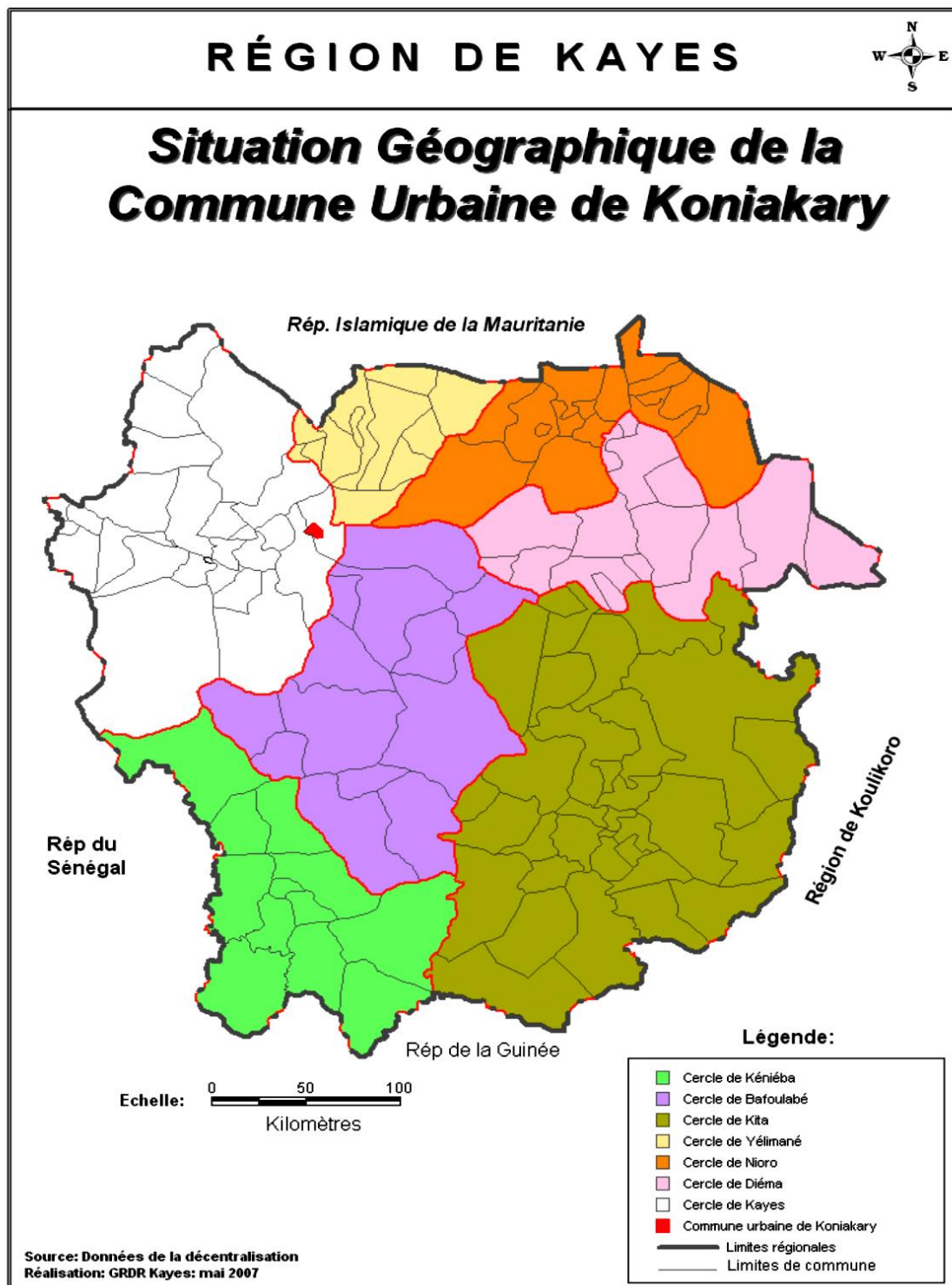


Figure 1: Situation géographique de la commune urbaine de Koniakary dans la région de Kayes.

(Source : Wikipedia :

http://www.developpementlocalsahel.org/IMG/pdf/monographie_de_koniakary_version_finale.pdf, lien consulté en mars 2019) [10].

Koniakary est une commune urbaine composée de neuf quartiers : Bababé, Bambara, Birondigui, Centre, Diaobé, Djéré, Khasso, Kolongha, Koto. Les quartiers sont nés progressivement avec l'agrandissement du village traditionnel favorisant ainsi l'émergence de dynamiques de quartiers dans l'organisation de la vie socio-économique des populations. Les quartiers sont répartis en fonction des ethnies et sont sous l'autorité d'un chef de quartier qui est en relation directe avec le Maire. Avant l'avènement de la décentralisation en 1999 qui érigea Koniakary en Commune Urbaine (Loi N° 96- 059 du 04 novembre 1996), tout le village était dirigé par un seul chef de village ce qui n'est plus le cas aujourd'hui où chaque quartier est dirigé par un chef de quartier.

Selon le dernier recensement à caractère administratif de 2002, corrigée en 2006 et les résultats de la consultation du registre actualisé de la commune, celle-ci compterait en 2015 environ 12079 âmes. Cette population est composée de trois (03) ethnies : les peulhs, les bambaras et les khassonkés. Les peulhs sont largement majoritaires (07 quartiers), suivis des Bambara (01 quartier) et des Khassonkés (01 quartier). La population est inégalement répartie dans l'espace communale avec une concentration dans les quartiers Diaoubé, Djéré.

Bien qu'ayant un statut de commune urbaine, Koniakary est fortement marqué par sa ruralité. Aussi le territoire communal s'étend jusque dans les champs mis en valeur par les populations. Aussi, est-il difficile aujourd'hui d'évaluer la superficie exacte de ce territoire en intégrant les zones de culture.

La commune est dotée d'un nombre important d'infrastructures et de services sociaux de base dont une maternité construite en 1972, un dispensaire construit en 1974, une mosquée construite en 1980 (**Figure 2**).

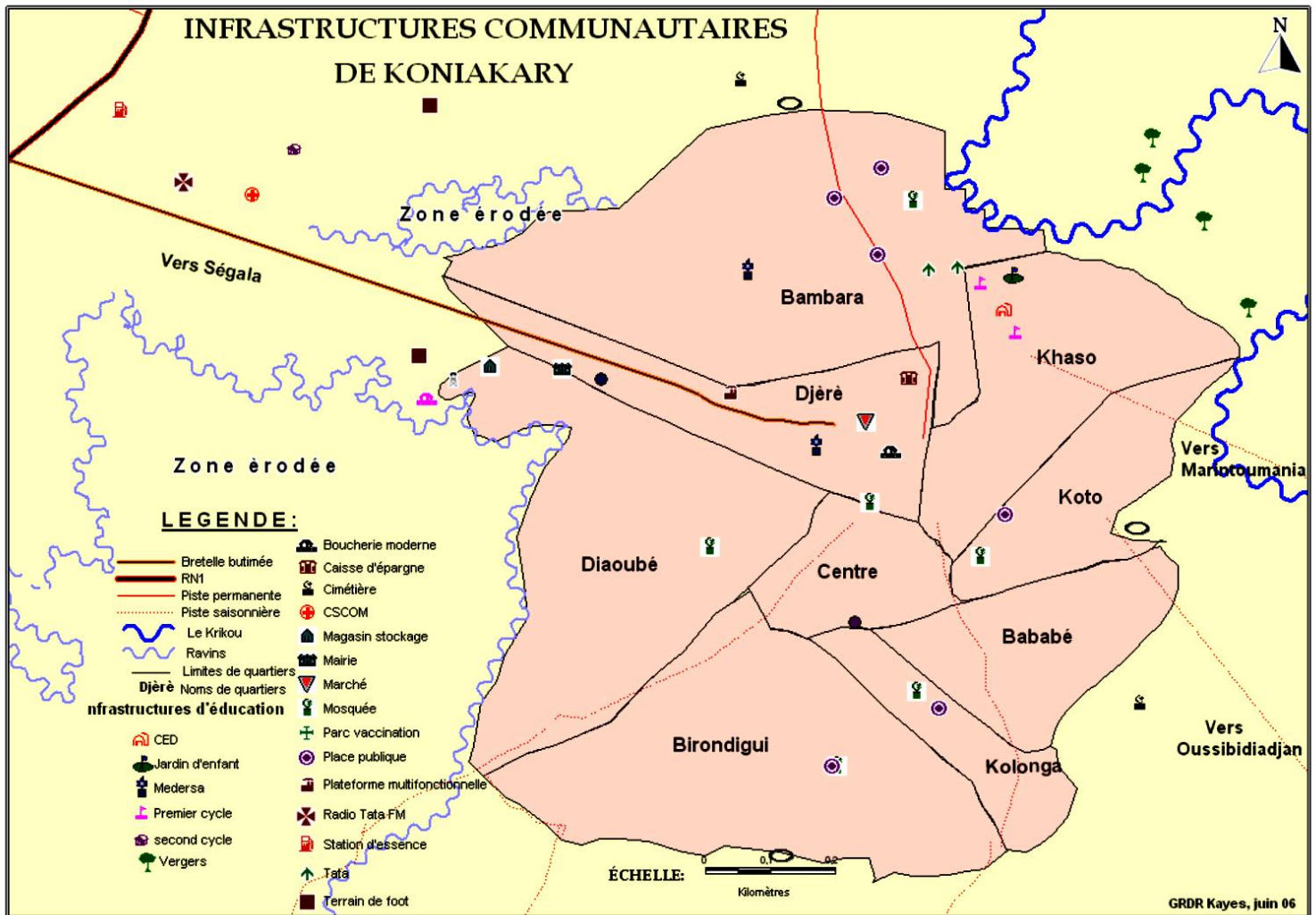


Figure 2: Carte de la commune rurale de Koniakary montrant la répartition géographique des quartiers et les infrastructures.

Source :

Wikipedia :

(http://www.developpementlocalsahel.org/IMG/pdf/monographie_de_koniakary_version_finale.pdf), consulté le 15 mars 2019) [11].

De 1989 à 1999, on assiste à l'émergence d'un grand mouvement associatif:

- Association ENNDAM des migrants initiée par les élèves et étudiants de Koniakary vivant à Bamako en 1989 ;
- Association ENNDAM locale créée en 1991 ;
- Association des jeunes « KAWRA » et ;
- Association ENNDAM des migrants de France en 2003.

Par sa proximité avec la route nationale n°1, la commune est accessible en toute saison.

4.1.2. Le Centre de Santé Communautaire (CSCOm) Bouya KANE

Le Centre de santé Communautaire dénommé « Centre de santé universitaire Bouya KANE » a été construit en 1999. Il a été inauguré en 2000 et a été transformé en CSCOm université en 2010.

Le Centre couvre une superficie de deux hectares et abrite sept (7) bâtiments avec une trentaine de salles.

- ✓ Bloc administratif:
 - Bureau de L'ASACO
 - Salle de reunion
- ✓ Bloc du dispensaires:
 - Salle de consultation
 - Dépôt pharmaceutique
 - Salle de supervision
 - 2ème Salle de consultation
 - Salle de soins
 - 2 salles d'hospitalisation
 - 2 magasins
- ✓ Bloc de la maternité
 - Une salle de CPN
 - Une salle de garde
 - Une salle d'attente
 - Une salle d'accouchement
 - Une salle de suite des couches
 - Une salle d'échographie
- ✓ Bloc à étage
 - Une salle de laboratoire
 - 4 chambres pour les residents
 - Un hangar de vaccination

- ✓ Bloc du logement du gardien
- ✓ Bloc Pharmacie de garde
- ✓ Bloc pour logement du personnel
 - 3 chambres pour le DTC
 - 3 chambres pour la sage femme

Le personnel du Centre qui comptait 5 agents à l'ouverture du CSCom-U, en comptait 16 en 2016 au moment de l'étude dont :

- 1 médecin ;
- 2 sages-femmes ;
- 1 laborantine ;
- 1 infirmier ;
- 2 aides-soignants dont un gérant de la pharmacie de nuit ;
- 6 stagiaires du projet DECLIC ;
- 3 manœuvres.

Grâce au partenariat entre le Canada et le Mali, opérationnalisé à travers le projet DECLIC, des Centres de santé communautaire universitaires (CSCom-U) ont vu le jour au Mali à partir de 1989. Un Centre de santé communautaire universitaire est un centre de santé agréé par l'Université de Bamako, sur la base d'un certain nombre de critères, comme étant un lieu stratégique de formation et éventuellement de recherche pour les étudiantes et étudiants en médecine. Pour ce faire, il doit satisfaire aux critères suivants:

- Disposer d'un personnel motivé, compétent et ouvert au changement et à l'apprentissage ;
- Avoir un personnel clinique bien formé, stable et démontrant une capacité à offrir des services de soins de haute qualité ;
- Disposer d'une structure de gestion efficace ;
- Bénéficier de l'appui des comités de gestion et du conseil d'administration de l'Association de santé communautaire ;

- Etre en mesure d'atteindre un niveau d'activité suffisant pour offrir aux stagiaires l'exposition clinique nécessaire à leur apprentissage.

Les Centres de santé communautaire universitaires sont au nombre de cinq: les CSCCom-U de Banconi (Bamako), de Ségué (Koulikoro), de Konobougou (Ségou), de Koniakary (Kayes) (2000) et de SanoubougouII (Sikasso).

Aujourd'hui, le Centre compte onze (11) agents avec la suspension des activités du projet DECLIC liée à la crise socio-politique que notre pays a connue en 2012.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec collectives des données (2007-2016) couplée à une étude qualitative, qui s'étalait sur le mois de mai 2017.

4.3.1 Enquête quantitative

L'enquête a porté sur l'exploitation de tous les registres du centre de santé de 2007 jusqu'en 2016.

4.3.2. Enquête qualitative

Il s'agissait d'une enquête CAP qui a consisté à recueillir l'opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du Centre et celle de la population générale sur les prestations de service fournies par le Centre. Pour cela, nous avons procédé à une sélection exhaustive pour les catégories de personnes suivantes qui seront donc systématiquement interviewées:

- le personnel de santé
- le maire
- les chefs de quartiers
- les fonctionnaires
- les représentants des ONG
- les malades consultant pendant la période de l'étude et leurs accompagnants.

Pour la population générale, l'étude a porté sur un échantillon de 1207 personnes correspondant à 10% de la population totale de la commune (n=12079 habitants, données du Registre de la commune). Cette taille est majorée de 10% (n=120), pour compenser les perdus de vue et les éventuels cas de refus, ce qui donne une taille de 1327 arrondie à 1330 personnes.

La question qui se posait était de savoir comment répartir cet échantillon entre les différentes ethnies, puis entre les différents quartiers de la commune ? La commune qui compte environ 12079 habitants est composée de trois principales ethnies :

- a) Les Peulhs majoritaires représentent 78,5 (9486/12079) ;
- b) Les Bambaras, 16,5% (1987/12079) ;
- c) Les Khassonkés, 5% (606/12079)

Connaissant la proportion de chaque ethnie dans la population générale, on détermine le poids, c'est-à-dire la part que celle-ci représente dans l'échantillon des 1330 personnes retenues pour l'enquête par le calcul de la probabilité proportionnelle au poids de la population (PPP). Nous aurons alors :

Le poids de chaque ethnie dans l'échantillon sera de :

$$n_1 = 78,5\% \times 1330 = 1044 \text{ Peulhs}$$
$$n_2 = 16,5\% \times 1330 = 219 \text{ Bambara}$$
$$n_3 = 5,0\% \times 1330 = 67 \text{ Khassonkés}$$

Cet échantillon a été en outre être réparti entre les différents quartiers. Cette répartition se fait toujours en prenant en compte le poids de chaque quartier. La commune compte neuf (09) quartiers dont sept (07) quartiers Peulh, un (01) quartier Bambara et un (01) quartier Khassonké.

✓ Pour l'ensemble des quartiers Peulh, 1044 personnes seront interrogées.

La répartition de cet échantillon par quartier se fera comme suit:

$$\text{Quartier Bababé : } n=512 ; F_1 = 5,4\%, \text{ soit } 5,4 \times 1044 / 100 = 56 \text{ personnes}$$

$$\text{Quartier Birondigui : } n=2046 ; F_2 = 21,57\%, \text{ soit } 225 \text{ personnes}$$

$$\text{Quartier Centre : } n=645 ; F_3 = 6,8\%, \text{ soit } 71 \text{ personnes}$$

$$\text{Quartier Diaoubé: } n=2774 ; F_4 = 29,24\%, \text{ soit } 305 \text{ personnes}$$

Quartier Djéré : n=2015 ; F5 = 21,24%, soit 222 personnes

Quartier Kolongha : n=626 ; F6 = 6,6%, soit 69 personnes

Quartier Koto : n=868 ; F7 = 9,15%, soit 96 personnes

- ✓ Le nombre de personnes à interroger au quartier bambara était de : n=1330 ; Fb= 16,5%, soit 219 personnes.
- ✓ Le nombre de personnes à interroger au quartier Khasso était de : n=1330 ; Fk = 5%, soit 67 personnes.

4.4. Population d'étude

✓ Critère d'inclusion

- Résidant dans la zone d'étude
- Toute nationalité
- Etre âgées de 10 ans ou plus

✓ Critères de non inclusion

- Non résidant dans la zone d'étude
- Etre âgé de moins de 10 ans
- Personnes ayant refusée l'interrogatoire.

4.5. Variables étudiées

- Les variables liées aux membres du conseil d'administration

Les variables quantitatives

Durée au poste,

Année de création de l'ASACO,

Le nombre de membres que compose l'ASACO,

Le nombre de femmes que compose le bureau de l'ASACO,

Le nombre de réunion tenue au cours de l'année,

L'effectif fonctionnel des membres du bureau aux réunions,

Le nombre de personnels dans le centre.

Les variables qualitatives

L'idée de création de l'association,

L'apport de la communauté dans la création du CSCOM,

La tenue des réunions périodiques,

La disponibilité des membres du bureau aux réunions,
La tenue de l'assemblée générale,
La signature des conventions d'assistance mutuelle,
Le niveau de qualification du personnel,
La nature de paiement du personnel,
Le siège de l'association,
Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

☒☒ Les variables liées aux membres du comité de gestion

Les variables quantitatives

Durée au poste,

Le nombre des membres du bureau,

Le nombre de réunion au cours de l'année.

Les variables qualitatives

Poste occupé,

La tenue des réunions périodiques,

La disponibilité des membres du bureau aux réunions,

Le décaissement des fonds,

Les appuis financiers,

Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

Les variables liées aux personnels du centre

Les variables quantitatives

Age,

La durée de travail dans le centre,

Les variables qualitatives

Qualification,

Poste,

Sexe,

La réunion du personnel,

Les conditions de travail des personnels,

La motivation du personnel dans le travail,

La formation et la promotion du personnel,
Les causes d'insuffisances dans l'utilisation des services offerts par le CSCOM,

Les suggestions pour une meilleure performance.

?? Les variables liées aux usagers du centre

La variable quantitative

Age

Les variables quantitatives

Sexe,

Niveau d'éducation,

La connaissance du CSCOM,

L'accessibilité géographique,

L'accueil et l'orientation au centre,

Le temps d'attente au centre,

Le niveau de satisfaction par rapport aux services offerts,

La recommandation du centre,

Les suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par CSCOM.

4.6. PLAN DE COLLECTE DES DONNEES

4.6.1. Définitions opérationnelles des concepts de concessions et de ménage

- **La concession** est l'espace clôturé ou non, à l'intérieur duquel sont érigées une (ou des) construction (s) à usages divers : habitations, usages administratifs, religieux, industriels, commerciaux, etc.

Une *concession à usage d'habitations* peut être occupée par un seul ou plusieurs ménages avec un ou plusieurs logements.

- **Le ménage** est un groupe d'individus apparentés ou non, qui vivent sous le même toit, se partagent généralement le même repas et reconnaissent l'autorité d'un chef de ménage.

Le ménage ordinaire est constitué par un chef de ménage, son ou ses épouses et leurs propres enfants non mariés, avec éventuellement d'autres membres de la famille ou de personnes sans lien de parenté. Le ménage peut se réduire à une personne vivant seule ou avec ses enfants.

4.6.2. Formation de l'enquêteur

Le thésard a été formé à l'abordage de la population d'étude et à l'administration des questionnaires.

L'enquêteur occupe une position centrale dans la réalisation de l'enquête sur le terrain puisque son rôle principal consiste à collecter les informations auprès des enquêtés. Par conséquent, le succès de cette enquête dépendait de la qualité de son travail. Il doit par conséquent maîtriser le contenu des questionnaires et des fiches, avoir un comportement convenable vis-à-vis des personnes ciblées par l'enquête, avoir le sens de la responsabilité et un esprit d'équipe.

En visitant le ménage pour administrer le questionnaire, l'enquêteur doit se présenter au chef de ménage, lui annoncer l'objectif de l'enquête et demander sa collaboration. Il doit garantir le respect de la confidentialité. Pour ce faire, l'entretien doit se tenir dans un endroit discret et approprié, mais proposé par le chef de ménage.

Il doit adopter une *approche positive*, et éviter d'utiliser des expressions telles que "Êtes-vous trop occupé ?" Une telle question risque d'entraîner un refus avant même de commencer. Dites plutôt à l'enquêté, "Je voudrais vous poser quelques questions" ou "Je voudrais vous parler quelques instants."

Aussi, il doit mettre l'accent sur le caractère confidentiel des réponses, si nécessaire.

Si par exemple, l'enquêté demande à quoi serviront les informations demandées, l'enquêteur doit lui expliquer davantage l'objectif de l'enquête et lui assurer que les données collectées resteront confidentielles.

Un guide local pour chacun des neuf (09) quartiers a accompagné l'enquêteur assigné à l'administration des questionnaires destinés aux ménages. Les guides ont été choisis par la communauté elle-même en fonction de leur intégrité et de la bonne connaissance qu'ils ont de leurs quartiers. Leur rôle a consisté à introduire l'enquêteur auprès du (ou des) chef(s) de ménage de la concession sélectionnée en vue de faciliter les entretiens.

4.6.3. Choix des concessions à enquêter

Dans chaque quartier, une méthode aléatoire a permis de choisir les concessions dans lesquelles tous les individus du (ou des) ménage(s) qui la compose(nt) sont interviewés. Celle-ci a consisté à jeter à partir d'une infrastructure publique (mosquée, place publique etc.), un bic dont la pointe indiquera le sens de progression de l'équipe à travers le quartier. Toutes les concessions se trouvant dans la direction du bic ont été sélectionnées pour l'étude et tous les membres consentants du (ou des) ménage(s) âgé(s) de 10 ans et plus situés à l'intérieur de ladite concession ont été interviewés. Quand toutes les concessions du quartier se trouvant dans la direction du bic ont été visitées et si le nombre de sujets requis pour ce quartier n'était pas atteint, alors on revient au point où le bic avait été jeté pour reprendre le même exercice. La nouvelle direction indiquée par le bic a été à nouveau suivie, et ainsi de suite jusqu'à ce que la taille requise de l'échantillon pour le quartier soit atteinte.

4.7. ANALYSE DES DONNEES

Les données quantitatives ont été obtenues à partir d'une exploitation de tous les registres du centre de santé depuis sa création en 2007 jusqu'en 2016.

Les données qualitatives ont été recueillies au moyen de trois guides d'entretien structurés :

4.7.1. Le guide d'entretien destiné aux membres du comité de gestion concernera : l'identité et la fonction, le processus de formation du comité de gestion, la composition et le fonctionnement, la gestion des ressources humaines, les services fournis par le centre de santé, la relation entre le centre de santé et la mairie, le mode de gestion du centre de santé et leurs opinions sur le système actuel.

4.7.2. Le guide d'entretien adressé au personnel de santé autre le médecin porte sur la gestion des ressources humaines et l'organisation des soins.

4.7.3. Le guide d'entretien conçu pour les chefs de ménages concerné le statut sociodémographique, l'opinion sur le mode de gestion du comité de gestion et

l'implication des membres du centre de santé dans les différentes activités et enfin leur opinion sur les services offerts dans le centre de santé, c'est-à-dire l'accessibilité au service, l'organisation des soins, l'information et l'assistance, les soins médicaux et la relation médecin-patient.

Les questionnaires ont été remplis lors d'interviews en face à face dans les domiciles des personnes interviewées. Les niveaux de satisfaction ont été codés de 1 à 5, respectivement de très mauvaise, mauvaise, bonne, très bonne et excellente.

Une base de données a été créée et un plan d'analyse établi avec les types d'analyse prévus. Les données ont été saisies avec le logiciel Excel et seront analysées avec SPSS version 16.0 [Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 18.0. English version]. Le test chi carré sera utilisé pour comparer les variables qualitatives. La valeur de p inférieure à 0,05 était considérée significative.

4.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La réalisation de l'étude a été précédée d'une vaste campagne d'information des autorités communales, administratives, politiques, la société civile, les chefs de quartier, les chefs traditionnels et les chefs religieux.

Trois types de consentement éclairé ont été obtenus avant le démarrage de l'étude sur le terrain. Ces consentements sont en rapport avec la participation volontaire à l'étude après que les objectifs et la méthodologie de l'étude aient été expliqués et compris par chaque participant, la garantie de la confidentialité des réponses fournies par chaque participant et celle de son droit de refus à participer à l'étude ou de s'y retirer sans qu'il encoure une conséquence quelconque. Les consentements sont adressés à :

- ❖ L'ensemble de la population à travers une permission communautaire que l'on a sollicité auprès des différents chefs de quartiers (**Annexe 1**) ; l'équipe de recherche s'est entretenue dans ce cas avec chaque chef de quartier et ses conseillers pour solliciter leur adhésion à l'étude. Les

réponses aux différentes questions qu'ils se posent sur l'étude ont permis de les édifier davantage sur l'utilité de celle-ci. Une fois informés, le chef du quartier et ses conseillers ont servi de relais de l'équipe auprès du reste de la population.

- ❖ Chaque participant adulte (sujet âgé de 18 ans et plus) retenu dans l'échantillon en guise de consentement individuel, ce qui renforce la permission communautaire (**Annexe 2**).
- ❖ Chaque enfant mineur (sujet âgé de 10-15 ans) retenu dans l'échantillon pour renforcer le consentement individuel du parent ou du tuteur. Dans ce cas, l'avis favorable de l'enfant ou assentiment a été aussi pris en compte pour son enrôlement dans l'étude (**Annexe 3**).
- ❖ A la fin de l'étude, une retro-information de tous les acteurs impliqués (autorités communales, personnel de santé et population) a permis de partager avec eux les recommandations issues de l'étude et d'envisager les stratégies de leur mise en œuvre.

V. RESULTATS

5.1. Activités menées au CScom-U

L'observation de la **figure 3** montre que le nombre de consultations a augmenté progressivement de 6400 en 2007 à 11 561 en 2012. De cette date à 2016 le nombre de consultations a diminué pour atteindre 7124.

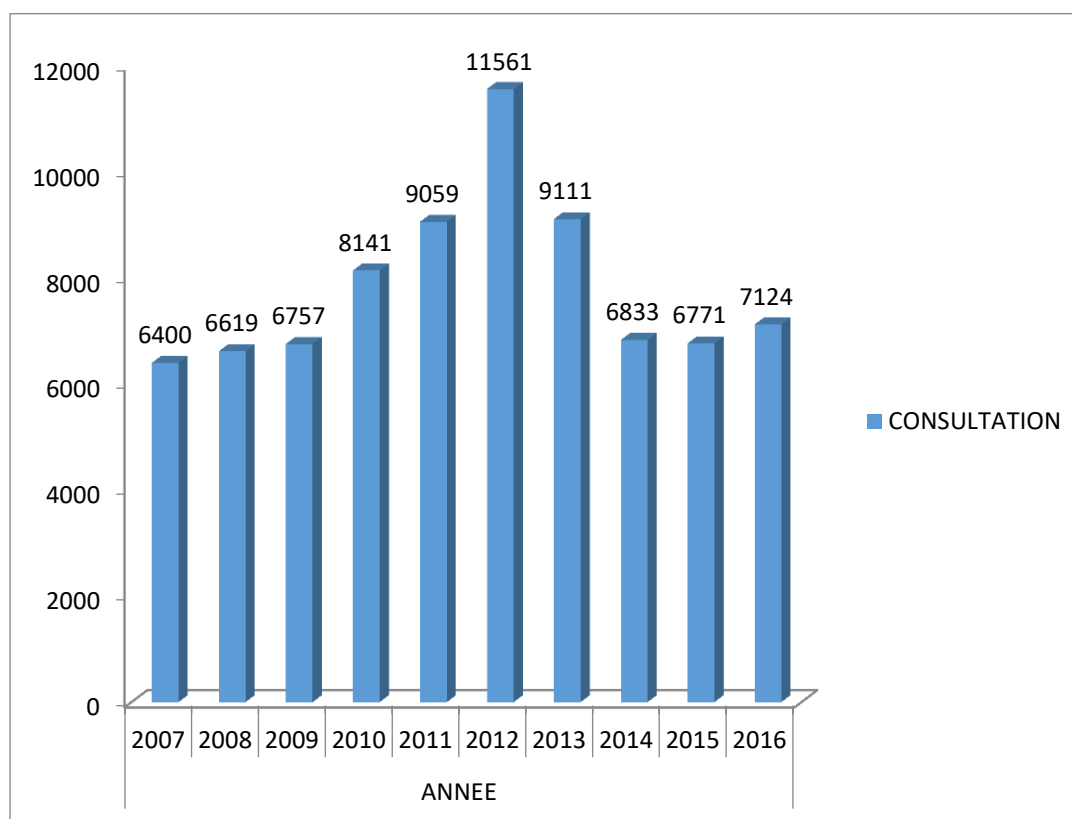


Figure 3: Evolution du nombre de consultations au CSCom de Koniakary de 2007 à 2016.

La répartition des consultations par pathologies est donnée par le **tableau I**. Il apparaît que les traumatismes, plaies et brûlures étaient plus fréquentes (n=1032) suivis des affections digestives (n=1012). L'année 2014 a enregistré les faibles taux de consultations quelle que soit la nature de la pathologie au CSCom de Koniakary de 2007 à 2016. D'une pathologie à l'autre le nombre de consultations varie en dents de scie d'une année à année.

Tableau I: Evolution des consultations enregistrées par pathologie au CSCoM de Koniakary entre 2007 et 2016.

Affect./ Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Resp.	1832	1956	2092	1847	1089	1478	1303	159	758	728	13.242
Urogén	287	305	390	275	419	366	464	93	356	321	3.276
Ocul.	1124	1204	1224	463	974	625	799	152	539	495	7.599
Bouche et dent	254	263	281	193	453	908	153	88	98	72	2.763
Peau	542	613	656	949	826	997	995	220	252	147	6.297
Traumat. Plaies Brulure	1854	1945	2197	2483	3149	2549	2364	1036	1467	1032	20.076
Digest.	2561	295	3010	1038	1753	1235	1400	394	1141	1012	16.500

Le nombre de consultations curatives était plus élevé chez les sujets âgés de 25 ans et plus (n=25338) que les autres groupes d'âge (**Figure 4**).

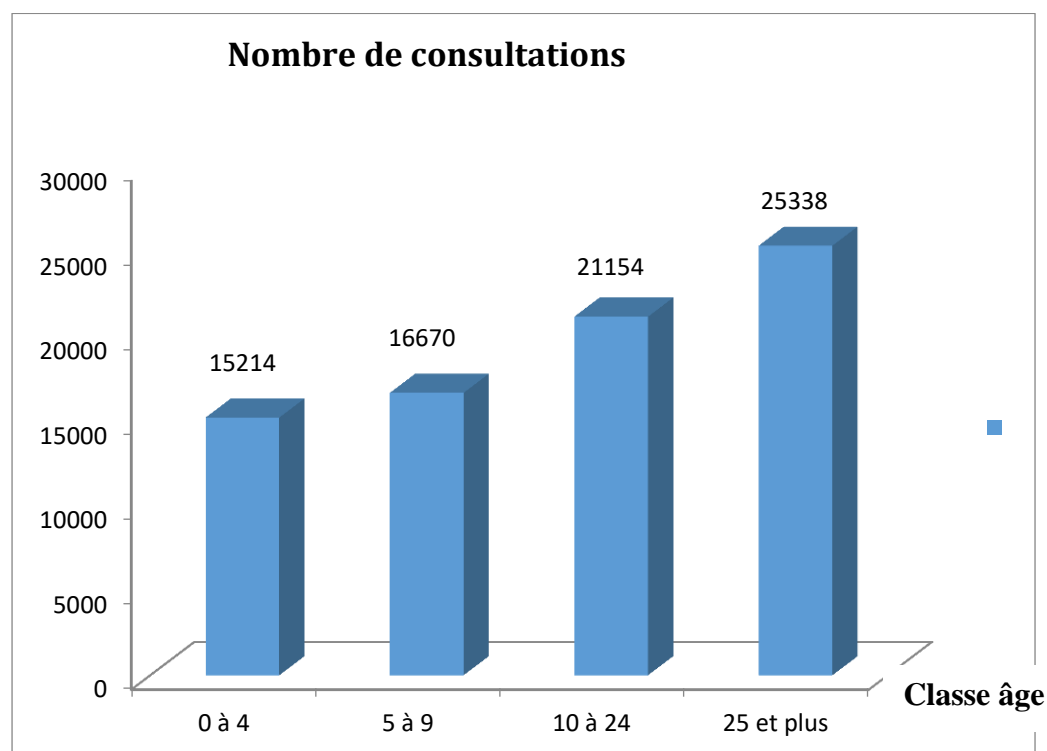


Figure 4: Répartition des consultations dans le CSCom-U de Koniakary de 2007 à 2016 en fonction de l'âge

L'observation de la **figure 5** fait ressortir que le paludisme représentait 92% des motifs de consultations du CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.

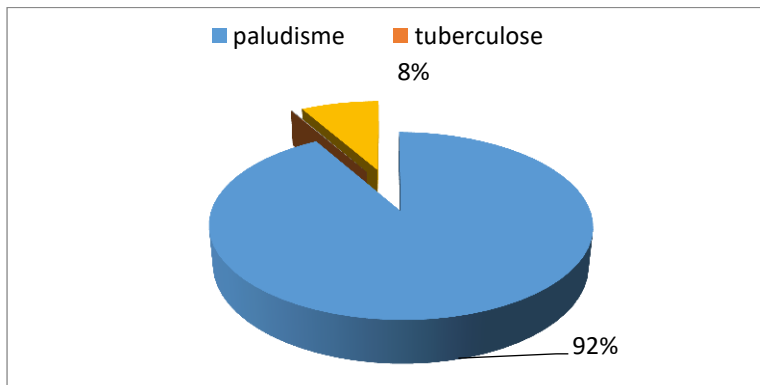


Figure 5 : Répartition des consultations en fonction des pathologies prioritaires au CSCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.

La **figure 6** est relative à la répartition des consultations prénatales par année dans le CSCOM-U de Koniakary entre 2007 et 2016. Il apparaît que globalement ce nombre augmentait progressivement de 2007 à 2012 avant de décroître jusqu'en 2016. L'année 2009 a enregistré le plus faible taux de consultations prénatales.

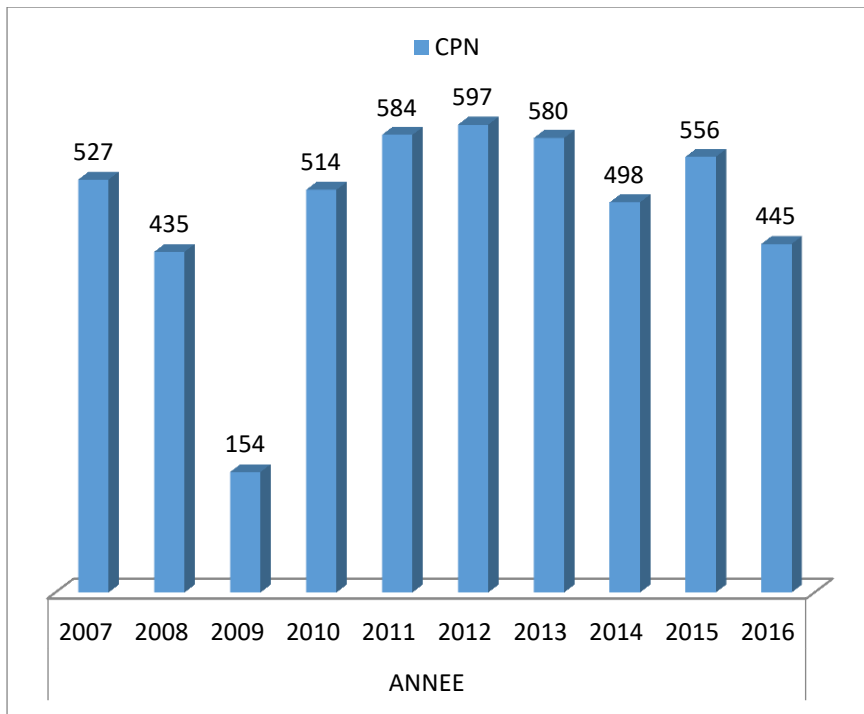


Figure 6 : Variation des consultations prénatales par année dans le CSCOm-U de Koniakary entre 2007 et 2016

L'analyse du **tableau II** montre qu'il y avait plus de femmes enceintes vaccinées au VAT1 que de femmes non enceintes mais aucune d'entre elles n'était vaccinée au VAT2.

Tableau II: Répartition de la vaccination par les vaccins antitétaniques en fonction de l'état des femmes en âge de procréer dans le CSCoM-U de Koniakary entre 2007 et 2016.

	ANNEE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Femme non enceinte	VAT1	169	496	506	301	332	582	305	201	284	306	3.482
	VAT2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Femme enceinte	VAT1	268	668	688	507	411	602	548	455	506	604	5.257
	VAT2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		437	1164	1194	808	743	1184	843	656	790	910	8739

Pour la même année et d'une année à l'autre, la proportion de parturientes ayant pris la SP1 variait en fonction du nombre de CPN observé (**Tableau III**). Les femmes ayant pris la SP1 étaient plus nombreuses que celles qui ont pris la SP2. Le pourcentage de parturientes ayant reçu les deux doses de VQAT était plus élevé en 2011 et plus faible en 2009.

Tableau III: Répartition des parturientes (pourcentage entre parenthèses) en fonction du suivi de la grossesse au CCom-U de Koniakary de 2007 à 2016.

Année	Suivi grossesse										TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
CPN n(%)	527	435	154	514	584	597	580	498	556	445	4.890
SP1 n(%)	402(10,5)	342	116	378	451	504	490	349	540	246	3.818
SP2 n(%)	125(4,2)	276	89	371	446	401	392	321	345	202	2.968
2 doses VAT n(%)	375(11,2)	305	45(1,3)	418	581(17,3)	370	353	291	312	302	3.352
TOTAL	1.429	1.358	404	1.681	2.062	1.870	1.815	1.459	1.753	1.195	11.676

La **figure 7** donne la répartition des accouchements par année dans le CCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016. Au total 3383 accouchements ont été enregistrés dans le CCom-U entre 2007 et 2016. Le plus grand nombre (n=452) a été observé en 2011 et le plus faible (n=91) en 2009.

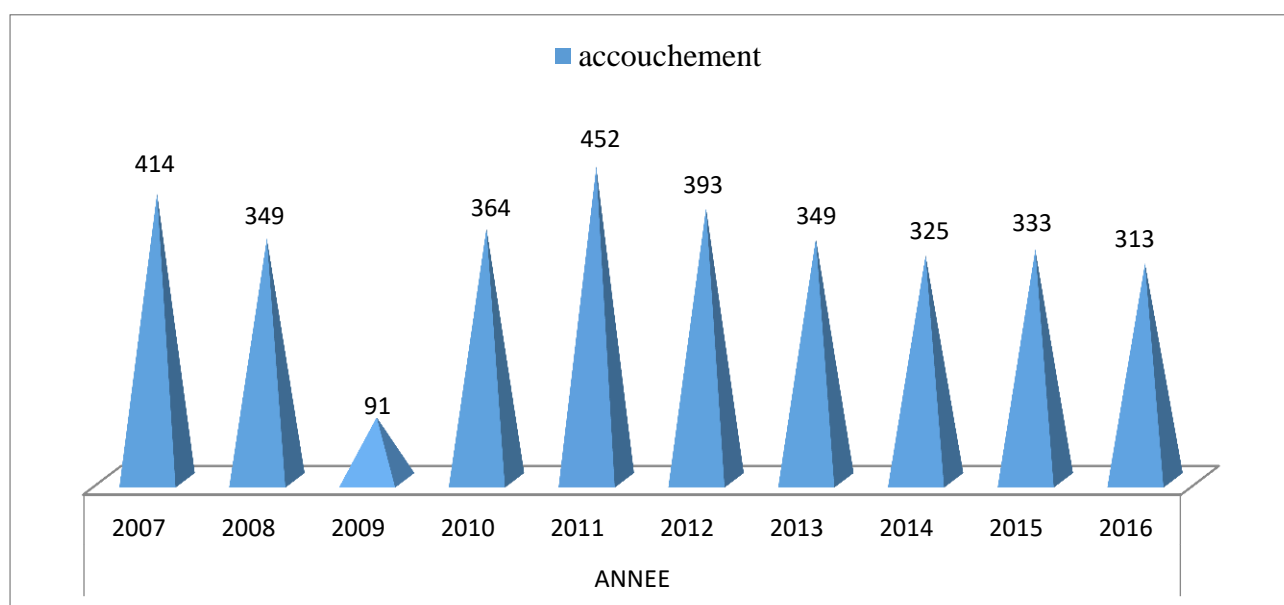


Figure 7: Evolution des accouchements par année dans le CCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016.

La **figure 8** donne la répartition des accouchements par année dans le CCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016 selon le lieu d'accouchement, sur 3 383 accouchements, 3146 (93%) avaient lieu au Centre contre 237 (7%) à domicile.

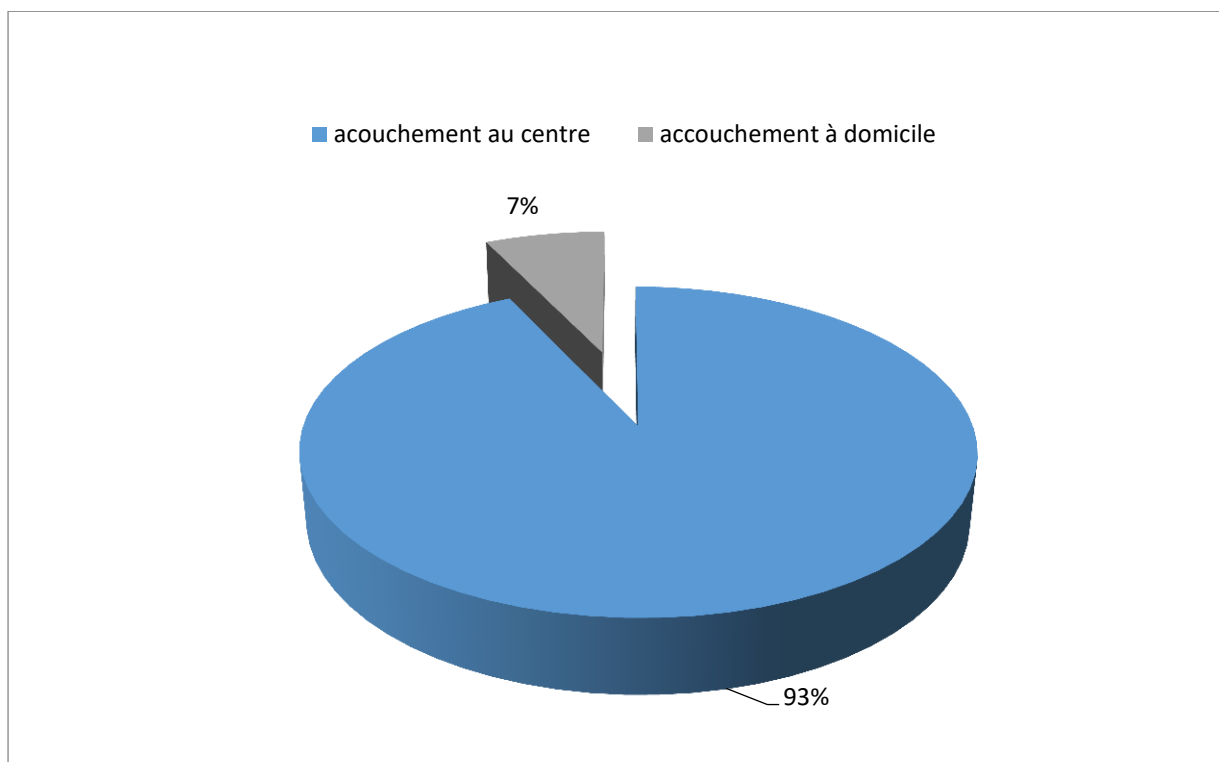


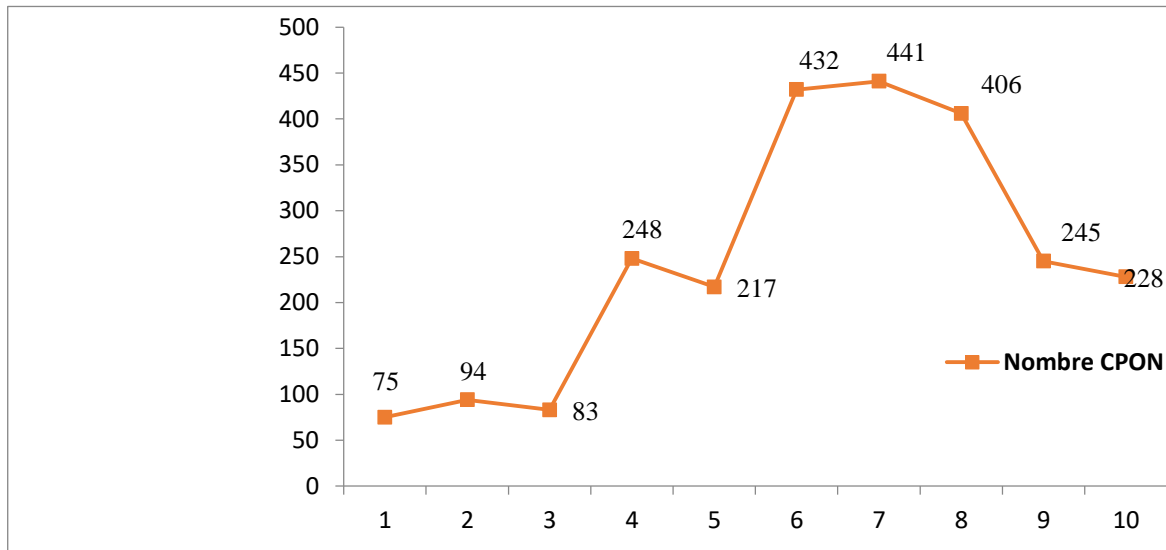
Figure 8: Evolution des accouchements par année dans le CCom-U de Koniakary entre 2007 et 2016 selon le lieu d'accouchement.

L'analyse du **tableau IV** montre que le nombre d'enfants vaccinés ou ayant reçu la vitamine A variait d'une année à l'autre dans le CSCom-U de Koniakary. La fréquence des enfants vaccinés contre les différentes pathologies variait d'une pathologie à l'autre et d'une année à l'autre. Le plus grand nombre de doses de Vit A a été administré en 2013 (n=1264).

Tableau IV: Evolution du nombre d'enfants vaccinés contre les maladies du PEV ou ayant reçu la vitamine A dans le CSCom-U de Koniakary de 2007 à 2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Polio	280	580	804	161	628	743	986	863	732	646	6423
BCG	611	550	646	1.054	1.220	2.446	1.500	626	525	434	9612
VAR	563	570	483	560	764	429	1.173	632	514	321	6009
DTCP1	1.106	675	618	945	1.232	1.521	1.923	1.753	1.523	1.234	12530
DTCP2	421	561	754	829	1.093	1.565	1.811	1.627	1.420	1.245	11326
DTCP3	2.013	572	924	708	990	1.365	1.603	1.487	1.326	1.189	12177
Fièvre	422	436	549	271	714	1.013	1.181	1.032	927	836	7381
Vit A	287	178	536	513	607	1.077	1.264	1.183	1.120	1.069	7834

La **figure 9** représente l'évolution du nombre de Consultations post natales (CPON) enregistrées en fonction des années au CSCom-U de Koniakary de 2007 à 2016. Celle-ci montre que le nombre de ces consultations augmentait progressivement de 75 en 2007 à 441 en 2013 avant de chuter à 28 en 2016.



2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016

Figure 9: Evolution du nombre de CPON par année dans le CSCoM-U de Koniakary de 2007 à 2016.

De l'analyse du **tableau V** relatif au bilan des activités de planification familiale du CSCoM-U de Koniakary que la méthode de planification la plus utilisée était celle des injectables qui représentaient 85,6% (465/543) des méthodes utilisées entre 2007 à 2016.

Tableau V: Répartition des méthodes de planification utilisées dans le CSCOM-U de Koniakary entre 2007 et 2016.

Méthodes de planification familiale utilisées	ANNEE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
	Pilule	0	9	0	0	18	1	1	0	1	3	33
	DIU	16	0	0	0	4	0	0	5	2	2	29
	Condom	1	6	0	4	4	0	0	0	0	1	16
	Injectable	21	85	34	38	51	47	47	74	26	42	465
	Spermicide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	38	100	34	42	77	48	48	79	29	48	543

5.2. L'opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du CSCOM

5.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'étude prospective a porté sur 1115 sur 1330 sujets attendus. Cette population était répartie entre 404 hommes (36%) et 711 femmes (64%).

La répartition des sujets enquêtés par quartier est présentée par le **Tableau VI**. Il en ressort que le nombre de participants du quartier Djéré était plus élevé (n=241) alors que celui du quartier Bababé était le plus faible (n=57).

Tableau VI: Répartition du nombre de participants à l'enquête par quartier à Koniakary, mars 2017.

Nombre de personnes enquêtées

QUARTIERS	Effectif	Pourcentage
BABABE	57	5,11
BAMBARA	224	20,08
BIRONDIGUI	118	10,59
CENTRE	71	6,39
DIAOUDE	172	15,42
DJERE	241	21,63
KHASO	67	6
KOLONGHA	69	6,18
KOTO	96	8,60
TOTAL	1115	100

Quartiers

L'âge moyen des personnes enquêtées était de 34 ans variant entre 10 et 70 ans. L'analyse du **tableau VII** montre que la tranche d'âge [26-35] ans était la plus représentée avec 37,75% de la population enquêtée.

Tableau VII: Répartition de la population enquêtée par classe d'âge dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.

Classe d'âge (année)	Effectif	Pourcentage
[10-	142	12,73
[26-	421	37,75
[36-	243	21,80
[46-	182	16,32
[56-	127	11,40
Total	1115	100

La répartition de la population d'étude par niveau d'alphabétisation en français est présentée par le **tableau VIII**.

L'échantillon était dominé par les personnes n'ayant pas fréquenté l'école, soit 41,5% (463/1115). Parmi les sujets scolarisés, 27,5%(307/1115) étaient respectivement de niveau primaire. Les sujets ayant fréquenté l'école coranique représentaient 18,6%. Au total, seulement 11,1% (123/1115) des personnes enquêtées avaient atteint le niveau secondaire alors que 1% (10/12115) s'étaient hissés au niveau supérieur.

Tableau VIII: Répartition des personnes enquêtées en fonction du niveau d'instruction dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non Instruit	463	41,5
Primaire	307	27,5
Secondaire	123	11,1
Supérieur	10	1
Coranique	208	18,6
Analphabétisé(e)s en langue nationale	4	0,3
Total	1115	100

L'examen du **tableau IX** montre que les personnes enquêtées exercent plusieurs professions dans leur localité. Cependant, notre échantillon a surtout été dominé par les ménagères avec 52% des enquêtées, soit 580 personnes et les paysans avec un effectif de 323 personnes soit 29% de la population enquêtée.

Tableau IX: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leurs occupations dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.

Occupations	Effectif	Pourcentage
Ménagères	580	52
Paysans	323	29
Commerçants	47	4
Salariés	38	3
Artisans	28	3
Eleveurs	23	2
Elèves	19	2
Tailleurs	16	1
Manœuvres	10	1
Retraités	10	1
Réparateurs	5	0,5
Coiffeuses	5	0,5
Marabouts	5	0,5
Transporteurs	4	0,5
Griots	2	0
Total général	1115	100

5.2.2. Opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du CSCom-U

La durée du temps de résidence des personnes enquêtées dans la commune est présentée dans le **tableau X**. Il en ressort que la quasi-totalité (99%) de l'échantillon résidait à Koniakary il y a plus de trois ans.

Tableau X: Répartition des personnes enquêtées selon la durée du temps de résidence dans la commune.

Durée du temps de résidence	Effectif	Pourcentage
Moins d'un an	2	0
1-3 ans	12	1
Plus de 3 ans	1101	99
Total	1115	100

De l'avis de la grande majorité des personnes enquêtée (76,68%), le CSCCom-U est un bien communautaire (**Tableau XI**).

Tableau XI: Répartition de la population enquêtée selon leur avis sur la paternité du CSCOM-U dans la commune urbaine de Koniakary, mars 2017.

Paternité du CSCOM	Effectif	Pourcentage
Etat	42	3,77
Communauté	855	76,68
Ressortissants de Koniakary vivant à l'étranger	83	7,44
ASACO	5	0,45
Ne sait pas	130	11,66
Total	1115	100,0

Au point de vue adhésion à l'ASACO, 98% (1091/1115) des personnes interrogées ont soutenu qu'elles n'en étaient pas membres. Les raisons évoquées à cet égard montrent que son ignorance en était la principale raison selon plus de la moitié des personnes interrogées (54%) (**Tableau XII**).

Tableau XII: Répartition des personnes enquêtées en fonction des raisons de leur non adhésion à l'ASACO de Koniakary, mars 2017.

Raisons de la non adhésion à l'ASACO	Effectif	Pourcentage
Ignorance de son existence	593	54
Manque d'informations	57	5
Mauvaise gestion de l'ASACO	11	1
Pas intéressé	25	3
RAS	405	37
Total	1115	100,0

Il ressort de l'exploitation des données que 8% (91/1115) seulement de la population enquêtée ont affirmé avoir participé à une Assemblée générale (AG) de l'ASACO en 2016. Pour la grande majorité 90% (82/91) des personnes ayant participé à une AG, il s'agissait d'une Assemblée générale d'information et pour le reste des enquêtées (9/91), leur participation était en rapport avec le renouvellement du bureau de Comité de gestion.

L'analyse du **tableau XIII** montre que pour plus de la moitié de l'échantillon enquêté (52%), le Comité de gestion ne présentait pas de rapport sur les activités menées au cours de l'année. En revanche, 44% (490/1115) soutenaient n'avoir aucune idée sur la question.

Pour les personnes enquêtées qui ont affirmé que le Comité de gestion avait produit un rapport au cours de l'année écoulée, 62,22% (28/45) convenaient que le rapport était de bonne facture.

Tableau XIII: Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur opinion sur la présentation de rapports annuels, mars 2017

Rapports annuels	Effectif	Pourcentage
Oui	45	4
Non	575	52
Oui mais incompréhensible	5	0
Ne sait pas	490	44
Total	1115	100

Sur l'absence de garde au niveau de la maternité

Au cours de notre enquête, nous avons interrogé SOW. A un commerçant de la place « Selon lui à une certaine heure de la nuit, la maternité est déserte, cela, parce que la sage-femme ne dort pas au centre. Il faut toujours aller la chercher chez elle, souvent à des heures avancées de la nuit ». Pour le fonctionnement de la maternité, il n'y a donc qu'une seule sage-femme expérimentée très dévouée au travail mais relativement âgée. Elle est secondée par une stagiaire courageuse qui s'est confiée à nous en ces termes « *si ma condition n'est pas améliorée, je finirai par m'en aller d'ici* » dit-elle. L'insuffisance du nombre de sages-femmes conduit le centre à faire appel au service des jeunes stagiaires à la maternité dont les prestations sont critiquées par les femmes adultes qui se plaignent de leur jeune âge. Selon un autre témoignage, BANE. C commerçant aussi dans le marché de la ville « *Des dames en travail se font parfois insultées par ces jeunes stagiaires, ce qui peut expliquer la fréquence élevée des accouchements à domicile* ». Beaucoup de patientes se plaignent aussi de la négligence qu'affiche le personnel à leur égard. C'est ainsi que l'une d'elles DEMBELE. H une ménager du quartier Djéré témoignait « *un enfant est décédé sous le sérum pendant que l'agent qui l'avait placé était allé dormir. J'ai été obligé de lui retirer la seringue moi-même, de le couvrir d'un drap avant d'aller chercher de l'aide à l'extérieur* » déclarait-t-elle. Cependant c'était pas le seul problème décrier par les populations, ainsi d'autres nous parlent du second problème.

L'insuffisance du nombre de médecins

AU cours d'interrogatoire Mme TRAORE. S une agente d'une ONG sans lui poser cette question nous parle « avec les différentes missions du médecin, nous pouvons dire qu'il y a insuffisance de personnel. Si on a un second médecin, ce serait intéressant... Toutefois, au cours de ces derniers temps, l'alcool constitue le talon d'Achille du médecin. Il boit. Tout le monde le sait. C'est peut-être son droit. La question qui se pose est la suivante : cela joue-t-il sur la fréquentation du centre ? Je ne sais pas. Ça peut être un défaut. Boire ou boire trop... », elle comme beaucoup autre personne penser la même chose, mais certaines aussi pensent que c'est plus tôt c'est une prescription monotone.

Prescription des mêmes médicaments quelle que soit la maladie

Selon CISSE. A un agent de la mairie « En l'absence du médecin, quelle que soit la pathologie dont on souffre, l'aide-soignant vous prescrit les mêmes médicaments. Dès que vous vous présentez dans un centre de santé quelconque à Kayes, ces médicaments étaient jetés à la poubelle » qui rejoint Mme TRAORE, la nécessité d'avoir un second médecin, mais d'autres aussi pensent que c'est plus l'accueil.

La mauvaise qualité de l'accueil

*« conséquence d'un manque de personnel qualifié, est une pratique quotidiennement au CSCOM-U de Koniakary. Comparé à la clinique "Le TATA de Koniakary" créée seulement il y a 4 ans, cette clinique est située au centre-ville ; même avec un coût de consultation de 1000F contre 500F au CSCOM-U, les gens préfèrent cette clinique au CSCOM-U à cause du bon accueil dont bénéficient les patients par les agents ». Ces propos sont d'un commerçant de la place **SAMBE.T.***

A propos du bureau de l'ASACO « ... j'ai démissionné à cause de la mauvaise gestion de l'ASACO et je le tiendrais ces propos même au milieu du marché. J'ai été témoin de plusieurs maltraitements des patients de la part du personnel de santé. J'ai moi-même eu à raccompagner des patients victimes de maltraitance, au CSCOM-U afin qu'ils puissent bénéficier de leurs droits » propos d'un ancien membre du

bureau de l'ASACO. Le maire même de la commune en personne de BANE. B sait exprimer en ces termes « La solution aux difficultés serait de bien communiquer et de développer les échanges avec toute la population y compris la diaspora ». Une autre personne avance une autre solution, cette fois-ci il s'agit d'un agent du centre DIALLO. S « Relever le coût des tarifications serait une solution à certains problèmes car les revenus du centre n'arrivent pas à couvrir les dépenses selon un travailleur du centre ».

5.3. Résultats de l'enquête sur l'Opinion de la population sur les Services offerts dans le CSCOM-U

Selon les données du **Tableau XIV**, plus de la moitié des personnes enquêtées, 55% (607/1115) estimaient que la qualité de l'accueil au centre était passable contre 23% (261/1115) qui la trouvaient plutôt excellente à bonne.

Tableau XIV: Opinion de la population enquêtée selon la qualité de l'accueil au CSCOM-U dans la Commune urbaine de Koniakary, mars 2017.

Qualité Accueil	Effectif	Pourcentage
Excellente	128	12
Bonne	133	12
Passable	607	55
Mauvaise	185	16
Ne sait pas	60	5
Total	1115	100,0

S'agissant du temps accordé aux interrogatoires, près de la moitié 47% (521/1115) des personnes enquêtées s'accordaient qu'il était insuffisant, 31% (343/1115) qu'il était peu suffisant et 21% (231/1115) que ce temps était plutôt suffisant.

Sur les 1115 personnes enquêtées 659 personnes soit 59,10% ont soutenu que le praticien du centre soutenait toujours moralement les patients au cours des entretiens.

Une faible proportion, 26,90% (300/1115) de personnes interrogées estimaient bonne à excellente la capacité d'écoute du praticien contre 58,47% (652/1111) qui soutenaient le contraire (**Tableau XV**).

Tableau XV: Répartition de la population d'étude en fonction de la capacité d'écoute du praticien au CSCom-U de Koniakary, mars 2017.

Capacité d'écoute	Effectif	Pourcentage
Excellente	99	9
Bonne	201	18
Passable	630	57
Mauvaise	22	2
Ne sait pas	41	4
Total	1115	100,0

Le temps d'attente avant la consultation au CSCom-U de Koniakary a été jugé bon à excellent par 15,6% (178/1115) contre 60% (677/1115) qui le trouvaient plutôt mauvais c'est à dire long (**Tableau XVI**).

Tableau XVI : Opinion de la population en quêtée selon la durée du temps d'attente avant la consultation au CScCom-U de Koniakary, mars 2017.

Temps d'attente avant la consultation	Effectif	Pourcentage
Excellent	64	6
Bonne	110	10
Passable	254	23
Mauvais	677	60
Ne sait pas	8	1
Total	1115	100,0

5.3.1. Difficultés liées à la faible fréquentation du Centre par les populations

Les principales difficultés qui entravent le bon fonctionnement du Centre sont résumées dans le **tableau XVII**. Un ensemble de facteurs associés comprenant le *manque d'ambulance, de médicaments, d'eau potable, la présence d'un seul médecin et d'une seule sage-femme*, 25% (922/1115) auxquels s'ajoute le manque de garde, 24% (853/1115) constituaient les principales difficultés du centre à fonctionner convenablement selon les personnes enquêtées.

Tableau XVII: Fréquence des principales difficultés rencontrées au CSCOM-U selon les enquêtés, mars 2017.

Difficultés	Effectif	Pourcentage
Manque de garde	270	24
Coûts élevés des prestations	221	20
Quelques manquements (manque d'ambulance, de médicaments, manque d'eau, un seul médecin, une seule sage-femme)	293	26
Prescriptions identiques	121	11
Mauvais accueil	114	10
Négligence	96	9
Total	1115	100

Au-delà des difficultés ci-dessus évoquées, le premier responsable du CSCOM-U (le médecin) en a identifié trois : le *disfonctionnement de l'ASACO*, la *crise économique et la paupérisation de la population et la non affiliation du personnel à l'INPS*.

5.3.2. Causes de la faible fréquentation du centre par les populations

Selon 37% (414/1115) des personnes enquêtées, plusieurs facteurs (absence d'une bonne politique de communication du CSCOM-U, ignorance de la population sur l'importance des CPN, du laboratoire) sont à la base de la faible fréquentation du Centre, (**Tableau XVIII**).

Tableau XVIII: Causes de la faible fréquentation du CSCom-U de Koniakary, mars 2017.

Causes	Effectif	%
Disfonctionnement de l'ASACO (absence d'une bonne politique de communication du CSCOM, ignorance de la population sur l'importance des CPN, du laboratoire)	414	37
Insuffisance de personnels qualifiés	276	25
Insuffisance et mauvaise prescription des médicaments	244	22
Absence d'eau et d'électricité dans le village	181	16
Total	1 115	100

5.3.4. Solutions préconisées pour améliorer la fréquentation du Centre

Les solutions proposées par les personnes enquêtées sont résumées dans le **tableau XIX**. Pourvoir le Centre en personnels qualifiés (médecin, sages-femmes, matrone) apparaît aux yeux de la population comme l'une des solutions qui répondrait à la faible fréquentation du centre.

Tableau XIX : Solutions pour un meilleur fonctionnement du centre du CSCOM-U de Koniakary, mars 2016

Solutions	Effectif	Pourcentage
Recrutement de personnels qualifiés (médecin, sages-femmes, matrone)	353	32
Revoir la composition du bureau de l'ASACO	276	25
Renforcer le stock de la pharmacie	282	25
Doter le CSCOM d' une ambulance et d'un réservoir d'eau	204	18
TOTAL	1 115	100

5.4. Résultats de l'enquête auprès du personnel du CSCOM-U

Sur les 12 agents qui servaient au Centre en 2017, 5 soit 41,7% y évoluaient il y a 1 à 5 ans, alors que 4 (33%) étaient là il y a 16 à 20 ans.

Au point de vue formation, l'ensemble du personnel a reconnu avoir suivi des stages de formation qui correspondaient à leurs besoins.

De même, tous ont affirmé qu'il règne un climat de bonne entente entre eux.

Toutefois au point de vue motivation, 66,7% du personnel se disaient démotivés dans le travail.

VI. DISCUSSION

Pour répondre aux besoins de santé de la population de Koniakary, la création d'une Association de Santé Communautaire était devenue une nécessité. Cette association comme celles qui l'ont précédé dans le pays se sont inspirées de l'expérience de l'Association de Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBA) en Commune I du district de Bamako, à l'origine du premier Centre de Santé Communautaire (CSCOM), un exemple de réussite, créé en 1989.

Les difficultés rencontrées au cours de l'enquête relevaient en partie de l'absence ou de la mauvaise tenue des registres dans lesquels il manquait souvent certaines informations utiles comme l'âge, le sexe, la résidence ; etc. En dépit de la garantie que nous avons donnée aux populations sur la confidentialité des propos, certaines personnes n'ont pas voulu collaborer au cours de la phase de collecte des données.

1- Activités menées au CSCOM

Au point de vue de la qualité des soins au CSCOM-U de Koniakary, tous les paquets minimums d'activités (PMA) étaient effectués par le CSCOM-U (CPN, CPON, PEV, SSP, IEC, Accouchements) au nombre desquelles, les consultations médicales arrivaient en tête. Au regard des missions assignées au CSCOM-U entre 2007 et 2016, le volume des consultations médicales externes enregistrées ne reflète pas forcément la réalité car toutes les données n'étaient pas exploitables à cause de la mauvaise tenue des registres. La somme des activités menées au cours de cette période laisse apparaître 78 376 consultations curatives, dont plus de la moitié, 45 566 cas de paludisme, 3 504 accouchements dont 245 à domicile, 4 890 CPN, 27 660 doses de vaccin. Pour une structure de premier niveau, ces données étaient acceptables. Toutefois, au regard de l'évolution des consultations, celles-ci augmentaient régulièrement de 2007 à 2013 puis décroissaient jusqu'en 2016, témoignant de la baisse de fréquentation du Centre. Les

consultations médicales externes sont essentiellement assurées par le médecin Directeur. En son absence il était le plus souvent remplacé par un aide-soignant et rarement par d'autres médecins spécialisés en médecine communautaire. Son absence du Centre de 2013 à 2016 pour cause de formation pourrait expliquer en partie la baisse progressive du nombre de consultations observées au cours de cette période.

La prédominance des traumatismes, des plaies et des brûlures dans les consultations au détriment des autres pathologies (**Tableau I**) s'expliquerait par la récurrence des conflits inter groupes sociaux notamment entre les Peulhs éleveurs et les Bambaras, Peulhs non éleveurs, Khassonkés tous cultivateurs. En effet, à chaque période de récolte au mois de novembre/décembre avant même la fin des récoltes, des troupeaux de bœufs envahissent les champs (maïs, petit mil ou de Calebasses) sans l'aval des propriétaires. Dans la plupart des cas, de tels conflits sont d'abord réglés à coups de gourdins, de coupe-coupe ou de haches avant l'intervention de la mairie ou de la gendarmerie. Quant aux affections notées, celles-ci seraient liées aux conditions d'hygiène défectueuses dans le village notamment au marché où les aliments sont exposés aux mouches.

Comme partout au Mali et en Afrique en général, le paludisme constitue la principale cause des consultations parmi les pathologies prioritaires avec 92% des cas observés au cours de notre étude. Au Mali, le paludisme est la cause d'hospitalisation des femmes enceintes dans 53,44% au service de gynécologie d'un centre de santé de première référence de Bamako [12] ; sa prévalence était de 34,6% selon les indicateurs de l'enquête de 2015 réalisée dans cinq régions administratives du pays de septembre à novembre 2015 [13].

Le nombre croissant de consultations prénatales observées entre 2007 et 2016 montre que la population est suffisamment informée sur les bienfaits de cette pratique. Le faible taux enregistré en 2009 serait dû à des causes que nous ignorons, causes qui auraient en outre impacté négativement le pourcentage de parturientes ayant reçu les deux doses de VAT.

L'opinion des utilisateurs sur le mode de gestion du CSCOM

La mauvaise gestion du CSCOM-U qui était décrite par une grande partie de la population enquêtée (46,5%) serait à la base de la désaffection pour les Assemblées générales (AG). A cet effet si (54%) des personnes enquêtées n'adhéraient pas l'ASACO, ce seul motif expliquerait cette désaffection car les AG constituent le lieu privilégié pour faire connaître son point de vue sur la vie du Centre, mais faut-il que les populations en soient informées eu égard à leur faible niveau d'instruction et au manque de communication autour des activités du Centre. C'est ainsi que l'amélioration de la qualité de gestion du centre pourrait passer par une intensification de la communication pour un changement de comportement de la population en vue de forte implication à la vie du centre. De telles campagnes par la radio locale, au cours des réunions de quartiers, de la mairie et même de porte-en-porte porteront surtout sur le poids élevé de la responsabilité que les populations ont dans la réussite du Centre. En exerçant cette responsabilité, les utilisateurs des services du centre auront la possibilité de choisir les membres du comité de gestion de gestion qu'ils estimeront compétents et de les révoquer au besoin ; de bien conseiller le Directeur sans empiéter sur ses prérogatives, bref d'assurer la promotion du Centre.

Un des griefs portés au mode de gestion du CSCOM-U était aussi la composition du Comité de Gestion seulement 8,3% du personnel du CSCOM-U en étaient membres. Ce taux était inférieur à ceux observés à MARIKO B [14] et à TRAORE AT [15] qui étaient respectivement de 66% et 64,2%. Le souhait de l'ensemble du staff du centre de participer à la gestion du Centre afin d'y prendre part à la prise des décisions leur concernant n'était pas envisageable, au regard des textes de fonctionnement de l'ASACO qui prévoient un quota de participation pour chaque catégorie de groupe social susceptible d'y participer. En principe, les membres du personnel présents dans le comité de gestion sont à mesure de défendre les intérêts de tous les travailleurs du centre. Pour la majorité des agents du centre, 66,7% (8/12), le

comité de gestion ne jouait pas pleinement son rôle pour que le centre atteigne ses objectifs. C'est ainsi qu'ils soutenaient que les conditions de travail n'étaient favorables à leur épanouissement. Ce taux était supérieur à ceux enregistrés par Diarra SM (2005) [16], 30,8% et de Traore AT (2006) [15] (65%). Cette situation d'insatisfaction des conditions de travail serait liée à l'irrégularité ou à un faible niveau des salaires, à l'absence de contrat de travail écrit à l'exception de celui qui lie le centre à la vendeuse de la pharmacie. Pour le reste du personnel, le médecin chef est un fonctionnaire de l'Etat, l'aide-soignant était payé sur fonds PPTE, et les neuf (09) agents, soit 75% du personnel étaient des contractuels sans contrat de travail écrit. Des taux nettement plus faibles (40%) et (67%) sont rapportés respectivement par Kanta K (2007) [18] et Dembélé M (2009) [17].

Des témoignages livrés par des enquêtés ont permis de comprendre davantage le mode de fonctionnement du centre et d'appréhender certains motifs de la baisse de fréquentation.

2- L'opinion des populations sur les services offerts aux usagers

La qualité des services offerts du centre de santé étant étroitement liée au comportement du personnel, (32%) des personnes enquêtées l'estimaient satisfaisante. Ce taux était inférieur à celui (91,2%) enregistré par Traoré AT (2006) [15]. Il en est de même des autres paramètres évalués à savoir l'atmosphère de consultation, la conduite de l'interrogatoire, la durée de la consultation. Au Benin, la formation par tutorat expérimentée dans les centres de santé a permis une amélioration de la qualité des soins et donc de la fréquentation des centres [20]. Celle-ci consistait à encadrer pendant cinq (05) semaines sur leur lieu de travail les médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants et matrones en vue de corriger leur mauvaise habitude de travail et leur faire adopter de nouvelles méthodes de travail pour une plus grande qualité de soins donnée aux malades.

La qualité de l'accueil est un autre paramètre non moins important susceptible de rehausser ou au contraire impacter négativement sur les services offerts par un centre de santé. Cet accueil a été jugé satisfaisant par 31% seulement de la population enquêtée. Contrairement à ce résultat, selon DEMBELE M (2001) [17], 98% de sa population d'étude estimaient que l'accueil était de bonne qualité. A Sikasso aussi, dans le CSCom de Kafouziela, 98,9% des femmes estimaient satisfaisant l'accueil dans le Centre selon les travaux de Bamba BZ (2002) [19].

Dans le CSCom-U, le pourcentage de la population s'estimant satisfaite de la prise en charge, 20,1% était nettement inférieur à celui (90%) observé par Coulibaly L (2005) [21]. Parmi les motifs majeurs de non satisfaction par rapport à la prise en charge au niveau du CSCOM-U figurent entre autres le mauvais accueil, l'incompétence du personnel soignant surtout en l'absence du médecin, la qualité des ordonnances (les mêmes produits qui étaient prescrits pour toutes les maladies), la rupture des stocks de médicaments, la non fonctionnalité du laboratoire, l'insalubrité des locaux, l'absence de lumière (électricité et le manque d'eau).

De l'avis des enquêtés, pour améliorer la fréquentation du Centre, il convient d'informer régulièrement la population sur ses activités du CSCom-U et sur celles du Comité de gestion. Les autres propositions recensées étaient l'amélioration, de l'accueil, du plateau technique (laboratoire), le changement du comportement du personnel soignant, le recrutement du personnel compétent, l'assainissement du milieu et éviction des ruptures des stocks de médicaments

VII. CONCLUSION

Notre étude avait pour but d'évaluer l'état de fonctionnement du CSCom-U de Koniakary et le niveau de satisfaction des utilisateurs dix ans après son inauguration de 2007 à 2016. Les résultats obtenus ont permis d'identifier les facteurs de blocage responsables de la baisse progressive du taux de fréquentation du centre au fil du temps de 2013 à 2016. Le dysfonctionnement des organes de gestion du centre, la non implication de la population dans la gestion du centre, l'insuffisance de personnels qualifiés, le manque de conditions idoines de travail du personnel sont entre autres les principales raisons de cette contre-performance du centre. Aux termes de la restitution des résultats aux autorités communales et à la population générale, la mise en œuvre de certaines recommandations issus de l'étude par ASACO, la mairie que par l'Etat a permis d'inverser les tendances avec une augmentation de 32,56% du nombre des consultations en 2019. Toutefois, cet effort mérite d'être soutenu en vue d'une relance définitive des activités du centre qui avait fait jadis la fierté des populations du village et de celles des villages environnants.

VIII. RECOMMANDATIONS

A la lumière des goulots d'étranglements identifiés au niveaux du discours sur l'opinion des utilisateurs vous pouvez formuler des recommandations visant l'amélioration des performances du CSCOM-U ont été ciblées.

- **Au Ministère de la santé et du développement social :**

- Veiller constamment au respect des règles du système (Etat/ASACO) de la convention d'assistance mutuelle ;
- Former les responsables de l'ASACO et le personnel de santé aux techniques modernes de sensibilisation et de mobilisation sociale afin de pérenniser ce secteur combien important dans l'offre de service et d'améliorer la santé des populations ;
- Accompagner les ASACO/CSCOM à atteindre leurs objectifs en renforçant l'appui technique et administratif ;
- Suivre l'application correcte de la convention du personnel non fonctionnaire travaillant dans les CSCOM ;
- Assurer la formation professionnelle et le recyclage du personnel technique ;

- **Au personnel :**

- Améliorer l'accueil des patients au centre par l'implication directe des membres de l'ASACO et du Comité de gestion ;
- Assurer une bonne gestion de la pharmacie par la tenue correcte des registres et des souches des ordonnances ;
- Soutenir l'ASACO dans la mobilisation sociale afin d'accroître le taux de fréquentation du CSCOM-U ;
- Améliorer la qualité des soins et assurer le maintien de la performance.
- Créer un fond social pour soutenir le personnel.

A l'ASACO :

- Imposer le respect de la démocratie au sein de l'ASACO par l'organisation d'une journée locale et cela tous les cinq ans, au cours de laquelle sera renouvelé le comité de gestion ;
- organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle comprenne et adhère davantage à l'idée de santé communautaire ;
- Revoir à la baisse le montant des cotisations pour augmenter le nombre des adhésions à l'ASACO :
- assurer une plus grande implication de tous les acteurs à la vie de l'association et plus particulièrement à la gestion de l'association.
- Rendre opérationnel le laboratoire ;
- Procéder au recrutement rapide d'un second médecin et d'une sage-femme ;
- Doter le centre d'un système d'approvisionnement régulier en eau potable et en électricité ;
- Créer les conditions pour le fonctionnement **24 heures/24** du service de garde en vue de faire face aux urgences et d'assurer le suivi des patients hospitalisés.

IX-REFERENCES

- 1- Loi n ° 02 – 049 / du 22 juillet 2002 Portant loi d'orientation sur la santé:
http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=220&Itemid=87(consulté le 18 juillet 2020)
2. OMS. Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaire, Alma-Ata, USSR, 6-12 Septembre 1978.
<https://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-Encadres-2.2-FR.pdf>
3. MAIGA Z, TRAORE N F, et EL ABASSI A. La réforme du secteur de sante au mali 1989-1996. Studies in health service organisation and policy 12.1999
4. Profil sanitaire du Mali, statistiques, action de l'OMS dans le pays, informations et reportages. <https://www.who.int/countries/mli/fr/> (consulté le 18 juillet 2020).
5. [Stéphane Tizio](#) et [Yves-Antoine Flori](#). L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? [Revue Tiers Monde](#) Année 1997 [152](#) pp. 837-858 (https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199 (consulté le 18 juillet 2020)
6. Programme de Développement Socio-sanitaire 2014-2018(PRODESS III) (www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf).
7. DNS 2014, Couverture sanitaire universelle : enjeux, défis et opportunistes, 27eme anniversaire de la création de l'Organisation ouest africaine de la santé(OOAS) INRSP, 14 aout 2014
8. Manciaux, M. et Deschamps, J.-P., La santé de la mère et de l'enfant, Flammarion Médecine Sciences, 1978

(https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_communautaire#cite_note-1, site visité le 22 juillet 2020)

9. Balique H., Ouattara O., Ag Iknane A., « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. », *Santé Publique* 1/2001 (Vol. 13) , p. 35-48
URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-1-page-35.htm

10. Situation géographique de la commune urbaine de Koniakary dans la région de Kayes (Source : Wikipedia :
(http://www.developpementlocalsahel.org/IMG/pdf/monographie_de_koniakary_version_finale.pdf, site consulté en mars 2019).

11. Carte de la commune rurale de Koniakary montrant la répartition géographique des quartiers et les infrastructures (Source Wikipedia :
(http://www.developpementlocalsahel.org/IMG/pdf/monographie_de_koniakary_version_finale.pdf), site consulté le 15 mars 2019)

12. FOMBA S., KEITA F., COULIBALY C., SANGARE S., DIAWARA S., KEITA M., COULIBALY CA., SANGHO H. Prévalence et prise en charge du paludisme chez la femme enceinte hospitalisée au service de gynécologie obstétrique dans un centre de santé de première référence de Bamako. *Cah. Santé Publique*, Vol. 16, n°2- 2017

13. Souleymane S. DIARRA, Drissa KONATE, Sory I. DIAWARA, Mariam TALL Mahamadou DIAKITE, and Seydou DOUMBIA. Factors associated with intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy in Mali. *Journal of Parasitology* 2019 105(2) 299–302

14. Mariko B. Evaluation de l'association de santé communautaire de Daoudabougou (ADASCO) Thèse de médecine, Bamako 2005 N°63 ;

15. Traoré AT. Évaluation du CSCOM de Djélibougou. Thèse de médecine Bamako 2006.

16. Diarra S.M. Evaluation du centre de santé communautaire de l'hippodrome (ASACOH) de 1997 à 2006 Thèse de médecine, Bamako 2008 N°335 ;

17. Dembélé M : Evaluation du centre de Santé Communautaire de Mekinsikoro de la Commune I du district de Bamako de 1998-2007, thèse de médecine Bamako 2009, p118.

18. Kanta K, 2007 : Utilisation du service de santé et perception de la qualité des soins dans l'aire de sante de sègue cercle de Kolokani, thèse de médecine 2007, p46-58]

19. Bamba B.Z. Etude sur les raisons de la faible fréquentation du cscm de Kafouziela par les FAP dans le cercle de Sikasso, Mémoire, Assistant médical, Bamako, Décembre 2002, 52p

20. Réf: <https://ipsnews.net/français/2002/12/04/sante-bénin-développe-la-formation-par-tutorat-pour-améliorer-la-qualité-des-soins/amp.>)*

21. COULIBALY L, 2005. Etude sur la sous fréquentation des CSCom dans la région Koulikoro, thèse de médecine Bamako, p38-54.