

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple-un but-une foi

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'odonto-
stomatologie



Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N° 113

THESE

**Dynamique de l'engagement
Communautaire au sein des ASACO
en CVI du District de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 30 / 06 / 2017 devant le
jury de la Faculté de Médecine et odontostomatologie

Par :

M. Ibrahima Adama TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président: Pr SEKOU FANTAMADY TRAORE

Membre: Dr JEAN BAPTISTE GUINDO

Co-directeur: Dr SORY TRAORE

Directeur: Pr SAMBA DIOP

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017

ADMINISTRATION

DOYEN : Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Ousmane FAYE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : Modibo Sangaré- ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Monsieur Jarouna SIDIBE - INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Yaya FOFANA
Mr Mamadou L. TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamadou KOUMARE
Mr Ali Nouhoum DIALLO
Mr Aly GUINDO
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Siné BAYO
Mr Sidi Yaya SIMAGA
Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Boukassoum HAIDARA
Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Massa SANOGO
Mr Sambou SOUMARE
Mr Sanoussi KONATE
Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Daouda DIALLO
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou K. TOURE
Mme SY Assitan SOW
Mr Salif DIAKITE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Abdel Karim KOUMARE
Mr Amadou DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBAN
Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Baba KOUMARE
Mr Bouba DIARRA
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Toumani SIDIBE
Mr Souleymane DIALLO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Seydou DIAKITE
Mr Amadou TOURE
Mr Mahamane Kalilou MAIGA

Hématologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacognosie
Médecine interne
Gastro-Entérologie
Pédiatrie
Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
Santé Publique
Médecine Interne
Législation
Toxicologie
Chimie Analytique
Chirurgie Générale
Santé Publique
Orthopédie - Traumatologie
Chimie Générale & Minérale
Radiologie
Cardiologie
Gynéco-Obstétrique
Gynéco-Obstétrique
Parasitologie
Chirurgie Générale
Zoologie - Biologie
Stomatologie
Urologie
Gynéco Obstétrique
Ophtalmologie
Odontologie
Psychiatrie
Bactériologie
Bactériologie – Virologie
Pédiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Cardiologie
Histo-embryologie
Néphrologie

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE
Mr Alou BA
Mr Bocar SALL
Mr Balla COULIBALY
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Moussa TRAORE
Mr Yénimégué Albert DEMI ELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bou DIAKITE

Pédiatrie
Ophtalmologie (DCD)
Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Pédiatrie (DCD)
Chirurgie Générale (DCD)
Neurologie (DCD)
Chimie Organique (DCD)
Immunologie (DCD)
Psychiatrie (DCD)

Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Bouraïma MAIGA

Pneumologie (DCD)
Psychiatrie (DCD)
Orthopédie – Traumatologie (DCD)
ORL (DCD)
Gynéco/Obstétrique (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mr Djibril SANGARE
Mr Gangaly DIALLO
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr. Mamadou TRAORE
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Mohamed KEITA
Mr Filifing SISSOKO
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Sadio YENA

O.R.L.
Chirurgie Générale
Chirurgie Viscérale
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie – Réanimation
Chirurgie Thoracique

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mr Mady MACALOU
Mr Sanoussi BAMANI
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Niani MOUNKORO
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Aly TEMBELY
Mr Samba Karim TIMBO
Mr Souleymane TOGORA
Mr Lamine TRAORE
Mr Issa DIARRA
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Lassana KANTE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Adégné TOGO
Mr Youssouf TRAORE
Mr Bakary Tientigui DEMBELE
Mr Drissa KANIKOMO
Mr Oumar DIALLO
Mr Moustapha TOURE
Mr Yacaria COULIBALY
Mr Alhassane TRAORE
Mr. Drissa TRAORE
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Mohamed KEITA
Mr Mamby KEITA
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE

Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie Traumatologie
Orthopédie/Traumatologie
Ophtalmologie
Anesthésie/Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Urologie
ORL, **Chef de D.E.R**
Odontologie
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Anesthésie-réanimation
Chirurgie Générale
Gynécologie/Obstétrique
Chirurgie Générale
Gynécologie/Obstétrique
Chirurgie Générale
Neuro Chirurgie
Neurochirurgie
Gynécologie/Obstétrique
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie Générale

Mr Bréhima COULIBALY
 Mr Hamady TRAORE
 Mme Fatoumata SYLLA
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mme Fadima Koréïssy TALL
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Bouÿacar BA
 Mme Assiatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Soumaïla KEITA

4. ASSISTANTS

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO
 Mr Adama DIARRA
 Mr Sékou F.M. TRAORE
 Mr Ibrahim I. MAIGA
 Mr Cheick Bougadari TRAORE
 Mr Yeya Tiémokó TOURE

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mahamadou A. THERA
 Mr Djibril SANGARE
 Mr Guimogo DOLO
 Mr Bokary Y. SACKO
 Mr Bakarou KAMATE
 Mr Bakary MAIGA

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdoulaye KONE
 Mme Safiatou NIARE
 Mr Sanou Kho COULIBALY
 Mr Mamoudou MAIGA
 Mr Sidî Boula SISSOKO
 Mr Bréhima DIAKITE
 Mr Yaya KASSOGUE

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
 Mr Moussa FANE
 Mr Hama Abdoulaye DIALLO
 Mr Harouna BAMBÂ
 Mr Baïnodi SIMAGA
 Mr Aboubacar Allassane Oumâr
 Mr Moussa KEITA

Chirurgie Générale

Odonto-Stomatologie
 Ophtalmologie
 ORL-Rhino-Laryngologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Urologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie
 Odontostomatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 ORL
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale

Parasitologie - Mycologie
 Physiologie

Entomologie Médicale
 Bactériologie - Virologie
 Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
 Entomologie Médicale, Biologie cellulaire,
 Génétique

Parasitologie -Mycologie
 Entomologie Moléculaire Médicale
 Entomologie Moléculaire Médicale
 Biochimie
 Anatomie Pathologie
 Immunologie

Parasitologie - Mycologie
 Parasitologie - Mycologie
 Toxicologie
 Bactériologie-Virologie
 Histologie embryologie et cytogénétique
 Génétique et Pathologie Moléculaire
 Génétique et Pathologie Moléculaire

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
 Parasitologie Entomologie
 Immunologie
 Anatomie Pathologie
 Physiologie
 Pharmacologie
 Entomologie Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Mamady KANE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mr Siaka SIDIBE
Mr Boubacar TOGO
Mr Saharé FONGORO

Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Maladies Infectieuses **Chef de DER**
Radiologie
Pédiatrie
Néphrologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Moussa T. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Anselme KONATE
Mr Kassoum SANOGO
Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mme Fatoumata DICKO
Mr Ousmane FAYE
Mr Youssofou Mamoudou MAIGA
Mr Yacouba TOLOBA
Mr Japhet Pobanou THERA
Mr Ilo Bella DIALLO
Mr Ichaka MENTA
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Mahamadou DIALLO

Médecine Interne
Médecine Interne
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépatogastro-entérologie
Cardiologie
Psychiatrie
Psychologie
Médecine Interne
Pédiatrie
Dermatologie
Neurologie
Pneumo-Phtisiologie
Médecine Légale/Ophthalmologie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiodiagnostic imagerie médicale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou GUINDO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Souleymane COULIBALY

Radiologie
Médecine Interne
Dermatologie
Radiologie
Cardiologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE
Mr Boubacari Ali TOURE
Mr Issa KONATE

Anatomie
Hématologie
Maladies Infectieuses et Tropicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA
Mr Hamadou SANCHOU

Epidémiologie
Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO
Mr Mamadou Souncalo TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Samba DIOP
Mr Adama DIAWARA

Informatique Médicale
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Anthropologie Médicale
Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Oumar THIÉRO

Santé Publique
Santé Publique
Biostatistique/Bioinformatique

4. ASSISTANTS

Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Abdrahamane COULIBALY
Mr. Modibo SANGARE

Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie
Anthropologie médicale
Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Cheick O. DIAWARA
Mr Ahmed BAH
Mr Mody A CAMARA
Mr Bougadari
Mr Jean Paul DEMBELE
Mr Rouillah DIAKITE
Mme Djénéba DIALLO
Mr Alou DIARRA
Mr Ousseynou DIAWARA
Mme Assétou FOFANA
Mr Seydou GUEYE
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Amsalah NIANG
Mr Mamadou KARAMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mme Kadidia TOURE
Mr Oumar WANE

Gestion
Nutrition
Hygiène du Milieu
Bibliographie
Chirurgie dentaire
Radiologie
Prothèse scellée
Maladies infectieuses
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Cardiologie
Parodontologie
Maladies infectieuses
Chirurgie buccale
Gastroentérologie
Odonto-Préventive et sociale
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Médecine dentaire
Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

- **A L'ETERNEL**, mon **DIEU**, Qui m'a permis de réaliser ce travail.

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, Je te confie mon avenir !

Merci Seigneur !!!

-A mon Père Feu ADAMA TRAORE

C'est le moment pour moi de m'incliner en votre nom. Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur, du devoir, de la dignité, et vous n'avez eu de cesse de nous rappeler que les attributs qui font valoir un homme, ce sont : sa culture, sa connaissance et que le meilleur des héritages est la bonne éducation. Éternellement nous vous serions reconnaissants mes frères et moi pour vos sages conseils qui ont éclairé notre chemin et aussi notre conduite sociale dans un monde où les valeurs sociétales connaissent une déperdition accélérée.

Ce travail est le fruit de vos prières, de vos bénédictions, « de l'amour constant que vous avez eus pour nous » ainsi que tous les sacrifices consentis.

Que Dieu vous accueille favorablement dans son royaume pour le repos éternel de votre âme charitable

A ma mère ASSITAN SOGODOGO

Vous avez consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

A moi comme à mes autres frères et sœur, vous avez toujours enseigné la patience, l'endurance et le courage dans le travail, car ce sont là les qualités d'un homme. Que de peine, que de patience, que de privation pour vos enfants.

Puisse ce travail fortifier par vos bénédictions et prières, représenter une récompense pour vos peines et votre patience

REMERCIEMENTS

-A mes Sœurs : **Ferima, Wato et Salimata** : vous m'avez toujours porté dans vos prières, et je n'ai jamais manqué de réconfort auprès de vous pendant les moments difficiles. Ce travail est aussi le votre.

-A mes frères **Soumaila, Salif et karim** :vous n'avez ménagé aucun effort pour me venir en aide dans l'accomplissement de ce travail. Puisse Dieu nous unir jusqu'à la fin des temps.

-A mon **Oncle Dr SOGODOGO NOUHOUM, ma tante FATOUMATA SANOGO** :

Vous m'avez accueilli à bras ouvert et je n'ai jamais manqué de soutien durant tout mon cursus universitaire, puisses ALLAH vous récompenser pour tous.

- Aux membres actuels et anciens de **la chambre 23** : merci pour tout le soutien, puisse DIEU nous unir pour toujours.

-Au **personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V**, principalement à **Dr TRAORE S OUMAR et Dr TRAORE OUMAR M** :

Merci pour la qualité de l'enseignement reçue.

-Mes remerciements vont à l'endroit du **CESKA, de l'ADERS**, à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'élaboration de ce document : Que DIEU vous bénisse.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A Notre Maître et Président du Jury :

Professeur Sekou fantamady TRAORE

- **Ph D en entomologie médicale,**
- **Maître de conférences en entomologie médicale, responsable du cours de biologie cellulaire à la FMPOS,**
- **Co-directeur du MRTC et Directeur du département d'entomologie et des maladies à transmission vectorielle.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury de Thèse malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcés notre admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Au-delà du Maître vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessés de nous éclairer.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr JEAN BAPTISTE GUINDO

- **Médecin chargé de la reproduction au CScom de Koulouba**
- **Chargé de cours d'Anatomie à l'Ecole de Santé de Bamako(ESB) et à l'Ecole de Santé N'Dounga**

Cher Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait ainsi que vos qualités humaines font de vous un Maître admiré et admirable.

Veillez croire à l'assurance de nos sentiments les plus respectueux

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE SORY

- **Pharmacien spécialisé en santé publique**
- **Certifié en suivi-évaluation et en Ethique de la Recherche.**
- **Chargé des programmes CDC à la Cellule de coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (CLSL/MSHP).**

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres

Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur SAMBA DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant – chercheur spécialisé en Ecologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique ;**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en Sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO/VIH/SIDA ;**
- **Responsable du cour « Anthropologie de la lutte contre la cécité : Aspects sociaux et éthique » au Centre hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique ;**
- **Responsable du cour « Ethique et sciences » au DEA d'anthropologie de l'Institut supérieur de formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako ;**
- **Responsable du cour « Culture et Ethique » au Centre universitaire d'études virtuelles (CUEVA), à l'Ecole nationale d'ingénieurs (ENI), Université de Bamako ;**
- **Membre des comités d'Ethique, institutionnel et national du Mali**

Cher Maître,

Grand est notre honneur de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et de l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce que vous faites pour la promotion de la médecine au Mali.

Nous vous prions, chère Maître, d'accepter nos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

AG : Assemblée générale

ASACO : Association de santé communautaire

CPM : Chef de poste médical

CPN : Consultation prénatale

CREDESA : centre régional pour le développement et la santé

CScm : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

CA : Conseil d'administration

CG : Comité de gestion

CCC : Communication pour le changement de comportement

Cf : Confer

CSAR : Centre de santé d'arrondissement revitalisé

DAF : Direction administrative et financière

DCI : Dénomination commune internationale

DTCP (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite)

EPH : Etablissement public hospitalier

F CFA : Franc CFA

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FENASCOM : Fédération nationale de santé communautaire

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

IEC : Information, éducation et communication

Inf. : Infirmier

Km : kilomètre

MS/HP : Ministère de la santé et de l'hygiène publique

NB : Noter bien

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

ONG : Organisation non gouvernementale

PEV : Programme élargi de vaccination

% : Pourcentage

PMA : Paquet minimum d'activité

SIS : Système d'information sanitaire

SRO : solution de réhydratation orale

Réf : Référence

USAID: United States agency of International Development

ASACOBABA: Association santé communautaire de Banankabougou et faladié

ASACOFA: Association santé communautaire de Faladié

ASACOCY: Association santé communautaire des Cités de Yirimadio

ASACOMA: Association santé communautaire de Magnambougou

ASACOSODIA: Association santé communautaire de Sokorodji et Diandjiguila

SOMMAIRE

Sommaire

I. Enoncé du problème.....	1
II. Cadre théorique.....	2
1. Introduction.....	2
2. Justificatif de l'étude.....	13
3. Hypothèses.....	14
4. Objectifs.....	15
4.1. Objectif général.....	15
4.2. Objectifs spécifiques.....	15
III. Matériels et méthodes.....	16
1. Type et période d'étude.....	16
2. Structures (sites) d'étude.....	16
3. Population d'étude.....	19
3.1. Critères d'inclusion.....	19
3.2. Critères de non inclusion.....	19
3.3. Echantillonnage.....	19
3.4. Technique et Outils d'enquête.....	19
3.5. Saisie et analyse des données.....	20
3.6. Budget d'étude.....	20
3.7. Considérations éthiques.....	20
IV. Résultats.....	21
V. Discussions.....	45
VI. Conclusion.....	50
VII. Recommandations.....	51
VIII. Références Bibliographiques.....	53
IX. Annexes.....	55

INTRODUCTION

I ENONCE

Des efforts immenses, tant sur le plan intellectuel que dans la pratique, ont été déployés depuis plusieurs années pour concevoir des stratégies propre à améliorer la vie des millions de déshérités qui peuplent le globe. Une notion primordiale à cet égard est qu'il importe au premier chef que la population elle-même participe aux décisions, ainsi qu'à la mise en œuvre et à la gestion des programmes et projet de développement. Il a été largement admis que la participation est un droit fondamental du peuple et qu'elle revêt une importance capitale pour la réussite de l'action de développement.

Il est donc naturel qu'on ait vu un lien entre la participation et les programmes destinés à améliorer la santé des populations.

Bien dans le monde et plus particulièrement au Mali les gens n'ont pas aisément accès aux services de santé et doivent s'en remettre aux connaissances locales et aux pratiques traditionnelles pour se soigner. Il existe donc dans des nombreuses régions du monde et surtout au Mali un fond d'expérience et de ressources locales qui pourraient être mobilisé à l'appui des programmes de santé. Le Mali possède des structures sanitaires dont l'efficacité pourrait être accrue si la population locale pouvait contribuer à son fonctionnement.

C'est à ce niveau que la notion d'engagement pour les services de santé prend toute son importance, car une faible participation communautaire est un frein important au développement sanitaire.

GENERALITES

II Cadre théorique

1- Introduction

A la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948, l'objectif fondamental était d'amener tous les peuples du monde à un niveau de santé le plus élevé possible. (1)

Dans un deuxième temps, devant l'échec de la plupart des pays pour atteindre cet objectif, l'OMS a opté pour la santé pour tous d'ici l'an 2000, c'est-à-dire garantir à tout individu d'une communauté un état de santé lui permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Au 1er abord on pourrait faire valoir que la réalisation de cet objectif dépend en grande partie de l'éradication de la pauvreté et qu'en conséquence les actions requises vont en général au-delà du domaine de la médecine et de la santé publique proprement dite la santé pour tous n'est donc pas exclusivement une question de politique et de développement sanitaire. Les obstacles à surmonter sont impressionnants et ne sont pas dû au premier chef à un manque de connaissances médicales. On pourrait même faire valoir que, moyennant des mécanismes et un soutien appropriés, les connaissances scientifiques nécessaire pour améliorer de façon radicale la santé de la population mondiale existent déjà et qu'il faut surtout apprendre à obtenir l'intervention massive et générale des gens eux même, n'ont pas simplement pour appuyer les services de santé et leur permettre de fonctionner, mais aussi pour déterminer les priorités sanitaires et les moyens de répartir les modestes ressources disponibles. C'est ainsi qu'on n'est venu à concevoir la participation communautaire comme un moyen d'améliorer rapidement les services de santé disponibles pour la majorité de la population du globe. (1)

La République du Mali, située au cœur de l'Afrique de l'ouest couvre une superficie de 1 241 248 kilomètre carré, avec une population de 13 918 000 habitants, soit une densité de 11habitants par km², constituée de 49,5% d'hommes et 50,5% de femmes.

L'espérance de vie y est d'environ 54,6ans pour la population générale selon la cinquième enquête démographique et de la santé du Mali ESDM V (17).

L'état de santé reste préoccupant et est caractérisé par cinq grandes priorités :

- Une forte mortalité infanto-juvénile ;
- Une mortalité maternelle ;
- Une menace d'affections endémo épidémiques responsables de nombreux décès ;
- Une présence d'incapacité physique à l'origine de souffrances morales et de pertes économiques ;
- Une menace d'affections cosmopolites (10).

Fort de ce constat, le Mali dans sa constitution, garantit le droit à la santé pour tout citoyen.

Ainsi, au lendemain de son indépendance, ce pays qui s'est engagé dans la construction du socialisme a opté de façon résolue pour la santé publique, avec une omniprésence de l'état dans toutes les sphères d'activités sanitaires (construction d'infrastructures sanitaires, formation du personnel, réhabilitation des institutions traditionnelles, la gratuité des soins aux citoyens etc....).

Après le coup d'Etat de 1968, le peuple malien a adopté pour un régime libéral tout en conservant les textes fondamentaux du socialisme. Cette situation entrainera l'élaboration des plans successifs consacrés à la santé. Ces différents plans de développement socio-économique ont abouti à :

- la privatisation en 1985 des professions médico pharmaceutiques;
- l'élaboration du deuxième plan décennal du développement sanitaire et social (1981-1990) de la Politique Nationale de Santé qui verra naître la déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) adoptée par le gouvernement le 15 Décembre 1990.

Cette déclaration traduit ainsi une volonté explicite des réformes institutionnelles du secteur, dans un souci de développement sanitaire harmonieux et soutenu visant l'amélioration de l'état de santé de la population (4).

Elle fait sien des principes de l'Initiative de Bamako (IB) en Septembre 1987 et la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP). Fruit d'une analyse approfondie de la situation sanitaire du pays, des expériences diverses et des stratégies de mise en œuvre des soins de santé primaire, elle a retenu comme :

Objectif Général : garantir un état de santé satisfaisant pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

Objectif Spécifiques :

- étendre la couverture sanitaire et améliorer la qualité des prestations ;
- assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- assurer la participation communautaire dans la gestion du système ;
- mobiliser des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris le recouvrement des coûts (5).

L'application de cette politique a permis une restriction du système de santé qui est passé d'une conception hiérarchique et administrative à une conception pyramidale.

La politique sectorielle de santé et population adoptée par le gouvernement du Mali sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire.

Ses objectifs généraux sont :

- L'extension de la couverture sanitaire ;
- L'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Le système sanitaire a trois niveaux de prise en charge :

- Le niveau central avec ses 4 Etablissements Public Hospitalier ou EPH (Gabriel Touré, IOTA, Point G et CHUOS) qui constituent la 3ème référence ;
- Le niveau intermédiaire constitué de 8 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et l'Hôpital mère enfant) qui assurent la 2ème référence ;
- Le niveau opérationnel avec ses 2échelons qui sont :

*Le premier échelon composé de CSCOM offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA). D'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires et privées complètent le premier échelon. Les données de certaines ONG sont agrégées avec celles des CSCOM. Ces soins concernent surtout la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) VIH et le SIDA .Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne est en cours d'organisation.

*Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les centres de santé de référence (CS Réf au nombre de 59) de cercle/zone sanitaire.

Cette approche prévoit un type d'activité spécifique à chaque niveau en mettant un accent particulier sur le Paquet Minimum d'Activités (PMA) du niveau opérationnel comprenant :

- des soins préventifs ;
- des soins curatifs ;
- et des soins promotionnels.

Pour atteindre les objectifs de cette nouvelle politique un vaste programme de création des ASACO/CSCOM a été lancé. En application de ce programme l'Association pour la Santé Communautaire de Banconi (ASACOBAN) a été le premier au Mali.

Avant de parler d'engagement communautaire, il est essentiel de rappeler certaines définitions :

✓ **la communauté** : c'est un groupe de personnes ayant des caractéristiques diverses et dynamiques, qui sont liées par des liens sociaux, partagent des perspectives communes et s'engagent dans une action commune dans des endroits ou des contextes géographiques. (6)

✓ **La sante communautaire**: Selon Jean ROCHON (Canadien), La santé communautaire est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, et prévenir la maladie, et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. (7)

✓ **L'engagement communautaire** :

C'est un processus qui consiste à impliquer les membres d'une communauté et à compter sur les ressources de celle-ci et les points fort comme étant la fondation qui désigne, met en place et évalue les solutions aux problèmes qui les affectent. De cette façon l'engagement communautaire implique la confiance interpersonnelle, la communication et la collaboration. (8)

Terminologie commune ayant trait aux actions communautaires : (6)

a). **La sensibilisation communautaire** : la sensibilisation communautaire entraîne une prise de conscience et une réactivité des gens face à des idées, événements, situations ou phénomènes, et invite les autorités dignes de confiance et les membres de la communauté à s'engager dans la diffusion d'information et dans la lutte contre les préjugés en terme de croyances et de pratiques.

b) **La participation communautaire ou implication communautaire** : la participation communautaire est apparue comme l'un des grands principes des soins de santé primaires enracinés dans la déclaration d'Alma Ata de 1978 : « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

En lien avec les droits fondamentaux de l'homme et les principaux piliers de la démocratie, la participation communautaire est définie comme « un processus cumulatif par lequel les bénéficiaires développent des capacités de gestion et d'organisation pour accroître le contrôle qu'ils exercent sur les décisions qui affectent leur vie ».

Selon l'OMS, « la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien être comme ceux de la communauté d'autre part le développement de leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté ».

Avantages d'une approche fondée sur la participation communautaire:

- une approche fondée sur la participation communautaire est un moyen rentable d'étendre le système de prestations sanitaire à la périphérie géographique et sociale d'un pays, quoi que cela entraîne des dépenses non négligeable.
- les communautés qui commencent à concevoir leur état de santé objectivement plutôt qu'avec fatalisme peuvent être incitées à prendre une série de mesures préventives.

- les communautés qui investissent de la main d'œuvre, du temps, de l'argent et des matériaux dans des activités de promotion de la sante seront davantage incitées à utiliser et à entretenir les ouvrages qu'elles construisent, par exemple les réseaux d'adduction d'eau.
- l'éducation pour la sante est surtout efficace quand elle fait partie intégrante des activités villageoises.
- s'ils sont choisis judicieusement, les agents de sante communautaires jouissent de la confiance de la population. Ils peuvent connaitre les techniques les plus efficaces pour obtenir l'engagement de leurs voisins et il est certain qu'ils ne risquent pas d'exploiter ceux-ci. Ils sont soumis à une forte pression sociale pour aider la communauté à mener à bien ses activités de promotion de la sante. Toutefois, ils doivent aussi pouvoir compter sur l'appui matériels et moraux des échelons supérieurs du service de santé. (1)

C) **L'extension communautaire** : les services d'extension communautaire sont définis comme « tous types de services de santé qui mobilise les agents de santé afin de fournir des services à la population ou à d'autres agents sanitaires, ailleurs qu'à l'endroit où ils travaillent et vivent habituellement ».

Qui sont les acteurs communautaires ?

Ce sont : (6)

- des fonctionnaires du secteur de la santé publique (les travailleurs de la santé au Pakistan, les agents de vulgarisation de la santé en Ethiopie...)
- d'employés d'organisation de la société civile (les agents de santé communautaire engagés dans des projets d'ONG, comme les projets de prise en charge intégrés des cas au niveau communautaire)
- d'employés du secteur privé de la santé (les travailleurs de la santé engagés dans les cliniques privées)
- des travailleurs indépendant (les vendeurs de médicaments, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles)

- de bénévoles engagés par les communautés ou les organisations de la société civile pour servir les communautés (bénévoles de la croix rouge, du croissant rouge, les travailleurs de la santé des villages en Inde)

QUELQUES INDICATEURS SOCIAUX SANITAIRES DU MALI (9)

Malgré les efforts financiers réalisés dans le domaine de la santé, les indicateurs sanitaires restent assez faibles.

Ce sont d'après l'EDS Mali V:

Taux de mortalité infantile : 58 pour mille.

Taux de mortalité juvénile : 42 pour mille

Taux de mortalité infanto juvénile : 98 pour mille.

Taux de mortalité maternelle : 368 pour 100 mille naissances vivantes.

Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois :

* BCG : 84 %.

* DTCP1 (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite) : 84 %.

* DTCP3 : 80 %.

* Rougeole : 53 %.

Nombre de cas de ver de Guinée :

* 1999 : 410 cas.

* 2000 : 290 cas.

* 2001 : 46 cas.

-2012 : 7 cas

-2013 : 10 cas

30 % des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhée.

Selon une étude (17), il a été établi que les principales causes de mortalité et de morbidité étaient dues aux maladies suivantes :

Paludisme : 24,9 %.

Maladies diarrhéiques et gastro-entérites : 13,3 %.

Problèmes néonataux : 11,0 %.

Infections respiratoires aiguës : 10,0 %.

Rougeole : 10,0 %.

Malnutrition : 8,9 %.

Hémoglobulinémies : 8,9 %.

Tétanos : 2,6 %.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ASACO CONFORMEMENT AU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PRODESS) DU MALI. (9)

a) Rappel de la définition d'une ASACO.

L'association de santé communautaire (ASACO) : c'est un regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leur moyen financier, pour parvenir à un même but à savoir l'amélioration de l'offre des soins de qualité dans leur aire de santé. C'est aussi un groupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé " Centre de santé communautaire" (réf : Loi Numéro 02-049 du 22 juillet 2002), portant loi d'orientation sur la santé. L'ASACO doit avoir : un nom, une adresse, un objet et des représentants ou membres. Elle doit rédiger ses statuts et son règlement intérieur. Pendant la phase de préparation et de rédaction de ces documents, les populations peuvent se faire aider par l'équipe Socio- Sanitaire du district.

b) Notion d'aire de santé

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 5 000 à 10 000 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 sont généralement défaut. (10)

c)- **Création de l'ASACO et du CSCOM.**

L'ASACO est créé en assemblée générale et sa reconnaissance légale est matérialisée par l'obtention d'un récépissé délivré par l'administration. Conformément au décret numéro 05-299/P-RM du 28 juin 2005 relatif aux conditions de création, les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM sont entre autres :

Seules les ASACO peuvent créer et faire fonctionner un CScom.

Le respect de la carte sanitaire pour l'implantation d'un site de CScom.

L'ASACO pour créer un CScom, doit adresser une demande d'autorisation au Maire de la commune. Le dossier de création comprend : une demande timbrée à deux cent(200) F CFA, la copie du récépissé de déclaration de l'ASACO, trois(3) copies des statuts et règlement intérieur de l' ASACO, une(1) note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité et un plan de financement du CScom.

L'autorisation de création est accordée par le Maire après avis favorable du médecin chef de cercle ou de la commune du district de Bamako.

La signature et le respect de la convention d'assistance mutuelle COMMUNE/ASACO.

L'application stricte des statuts et règlement intérieur, notamment la tenue des réunions statutaires et le renouvellement des organes de gestion.

La bonne gestion administrative et financière du CScom.

d)- La Convention d'assistance mutuelle.

C'est une convention qui a pour objet de fixer les conditions d'assistance mutuelle, relatives à la réalisation et à la gestion d'un CSCOM. Elle se présente comme suit :

CONVENTION D'ASSISTANCE MUTUELLE

N°.....

ENTRE

LA COMMUNE DE (nom) :

L'ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE (nom) :

.....

CONCERNANT LE CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

DE (nom).....Situé à : (quartier, village,
site).....

Le chapitre II de cette convention concerne les obligations des parties.

D'après l'article 2 de ce chapitre, la commune s'engage à :

- Contribuer à hauteur de % du coût de la construction, de la réhabilitation, ou de l'extension du CScom.
- Assurer ou déléguer la maîtrise d'ouvrage des travaux de construction et d'équipement du CScom selon les normes requises.
- Doter le CScom en stock initial de médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériels roulants).
- Inscrire chaque année au budget communal, une subvention pour assurer notamment:
 - * Le renouvellement des moyens logistiques et du gros matériel médical selon la liste standard.
 - * La contribution à la prise en charge du salaire de certains agents du CScom, dont le montant est fixé d'accords partis.
 - * Le financement des activités du PMA.
 - * Le financement des activités pour la lutte contre la vente illicite des médicaments, et la lutte contre les épidémies et les catastrophes.

D'après l'article 4 du chapitre II, l'ASACO s'engage à :

- Faire assurer par le CScom, le PMA pour les habitants de l'aire de santé.
- Mettre en œuvre le plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, les catastrophes et les épidémies.
- Gérer le CScom conformément aux normes et procédures du manuel de gestion.
- Cofinancer le coût de construction, de réhabilitation ou d'extension du CScom.
- Assurer l'entretien des infrastructures et équipements.
- Prendre en charge les dépenses du fonctionnement courant du CScom, y compris les salaires non couverts par d'autres sources.

- Elaborer et transmettre au Maire de la commune une copie du plan d'opération annuel.
 - Fournir des rapports d'activités, des rapports financiers, ainsi que des statistiques sanitaires au Maire de la commune.
 - Assurer le renouvellement du petit matériel.
 - Assurer le renouvellement démocratique des organes de l'ASACO aux échéances statutaires, et tenir régulièrement les réunions statutaires.
 - Veiller à la bonne gestion des médicaments essentiels en DCI, et assurer le renouvellement du stock.
 - Veiller à l'approvisionnement adéquat en vaccins, médicaments spécifiques et produits hormonaux (antituberculeux, contraceptifs, ...).
 - Recevoir l'équipe de supervision et lui communiquer toutes les informations utiles.
- e)- Les organes de gestion de l'ASACO.

Ils sont au nombre de quatre : l'assemblée générale (AG), le conseil d'administration (CA), le comité de gestion (CG), et le comité de surveillance (CS).

L'assemblée générale :

C'est l'instance suprême de décision de l'ASACO. Elle est composée de l'ensemble des représentants des villages, quartiers ou fractions qui composent l'aire de santé. C'est elle qui met en place le CA.

Le conseil d'administration :

Il a pour mission de veiller au bon fonctionnement du CSCOM ; à ce titre il est chargé :

- * d'examiner et adopter les budgets et programmes annuels d'activités du centre.
- * d'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes.
- * de recruter sur la base des contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du centre.
- * de rendre des comptes à l'AG, de l'état de fonctionnement du CSCOM.

Le CA se réunit en session ordinaire une (1) fois par semestre, et en session extraordinaire une fois que le besoin se présente. Il est élu pour une durée de trois(3)

ans renouvelable et comprend : un président, un vice-président, un secrétaire administratif, un trésorier général, un trésorier adjoint, deux(2) secrétaires à l'organisation, deux (2) commissaires aux comptes et deux(2) commissaires aux conflits.

Le comité de gestion :

Il veille à la bonne exécution des décisions du CA, il est chargé :

* du suivi de la gestion du CScom.

* d'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du CScom.

* d'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre,

* de justifier les dépenses effectuées auprès du CA.

* de statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire, et en session extraordinaire quand le besoin se présente. Elu par le CA parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend : un président, un trésorier, un commissaire aux comptes, le gérant du dépôt pharmaceutique et le chef du CScom.

Le comité de surveillance : chargé de contrôler les entrées et les sorties au niveau du CSCOM ; et de vérifier que les autres organes de gestion fonctionnent conformément au règlement intérieur. Il est constitué du commissaire aux comptes et de 4(quatre) membres du CA.

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) qui

compte 1070 aires de sante dont 954 ASACO. (15)

II-2- Justificatif de l'étude

Le choix de la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO en commune VI n'était pas fortuit car : Aucun sujet de thèse n'avait encore été réalisé concernant l'engagement communautaire au sein des services de santé au Mali.

La commune VI est l'une des communes les plus peuplées de Bamako et aussi en tant qu'habitant de la commune VI et connaissant certains membres de ces ASACO et certaines familles nous ont poussés à nous intéresser à ce sujet car il nous était facile d'avoir beaucoup d'informations pour les besoins de l'enquête. De plus, ces centres ne faisaient pas habituellement l'objet d'une étude.

II-3-Hypothèses :

- la participation communautaire était faible au sein des formations sanitaires en CVI.
- la décentralisation agit sur l'engagement des populations dans le domaine sanitaire

OBJECTIFS

II-4-Objectifs

1-Objectif General :

Etudier la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO en commune VI du district de Bamako.

2-Objectifs spécifiques :

- décrire les caractéristiques socio démographique des membres des ASACO et de la population en commune VI ;
- décrire la participation communautaire au niveau des ASACO de la commune VI du district de Bamako ;
- évaluer les connaissances et motivations du personnel de santé des dits ASACO ;
- évaluer les connaissances des populations sur le rôle des dits ASACO ;
- déterminer les facteurs entravant la participation des populations en tant qu'acteurs communautaire ;

METHODOLOGIE

III-Matériels et Méthodes :

1-type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale. Elle s'est déroulée du 14 janvier 2016 au 6 février 2016.

2-Site d'étude

Description sommaire de la commune VI :

Comme toutes les autres communes du district de Bamako, la commune VI est l'aboutissement d'un long processus historique dans le domaine de l'organisation administrative héritée de la période coloniale.

Créée par l'ordonnance no 78-82/CMLN du 18 Août 1978, la commune VI est limitée :

- A l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Nord par la portion du lit du fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la limite Est de la commune V ;
- Au Sud par le cercle de Kati.

Elle couvre une superficie de 8882 hectares et comporte dix (10) quartiers : Banankabougou, Diandjiguila, Faladié, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Senou, Sogoniko, Sokorodji et Yirimadio.

C'est la commune la plus peuplée de Bamako (470269habitants) (16)

Elle compte 11 ASACO au total. Cinq(5) de ces ASACO sont concernés par l'étude, il s'agit de : ASACOBABA, ASACOFA, ASACOCY, ASACOMA et ASACOSODIA.

ASACOBABA : située au Sud du marché de Banankabougou, elle prend en charge les problèmes de santé de Banankabougou et une partie de Faladié. Son aire de santé compte 56488 habitants.

ASACOFA : située à faladié, à 500m à l'Est des halles de Bamako. Elle prend en charge les problèmes de santé de Faladié. son aire de sante compte 29543habitants

ASACOCY : située à Yirimadio, au centre des 1008 logements sociaux à l'ouest du complexe sportif et de l'école fondamentale. Elle prend en charge les problèmes de santé des 1008 logements.

ASACOMA : située à l'Est de Magnambougou entre le complexe sportif à l'Est, l'immeuble Wassoulou au Nord et l'école fondamentale SECOTRA au Sud.

ASACOSODIA : située à l'Ouest de Diandjiguila à 1km du complexe sportif de Magnambougou . Elle prend en charge les problèmes de santé de Diandjiguila et Sokorodji.

CARTE SANITAIRE DE LA COMMUNE VI

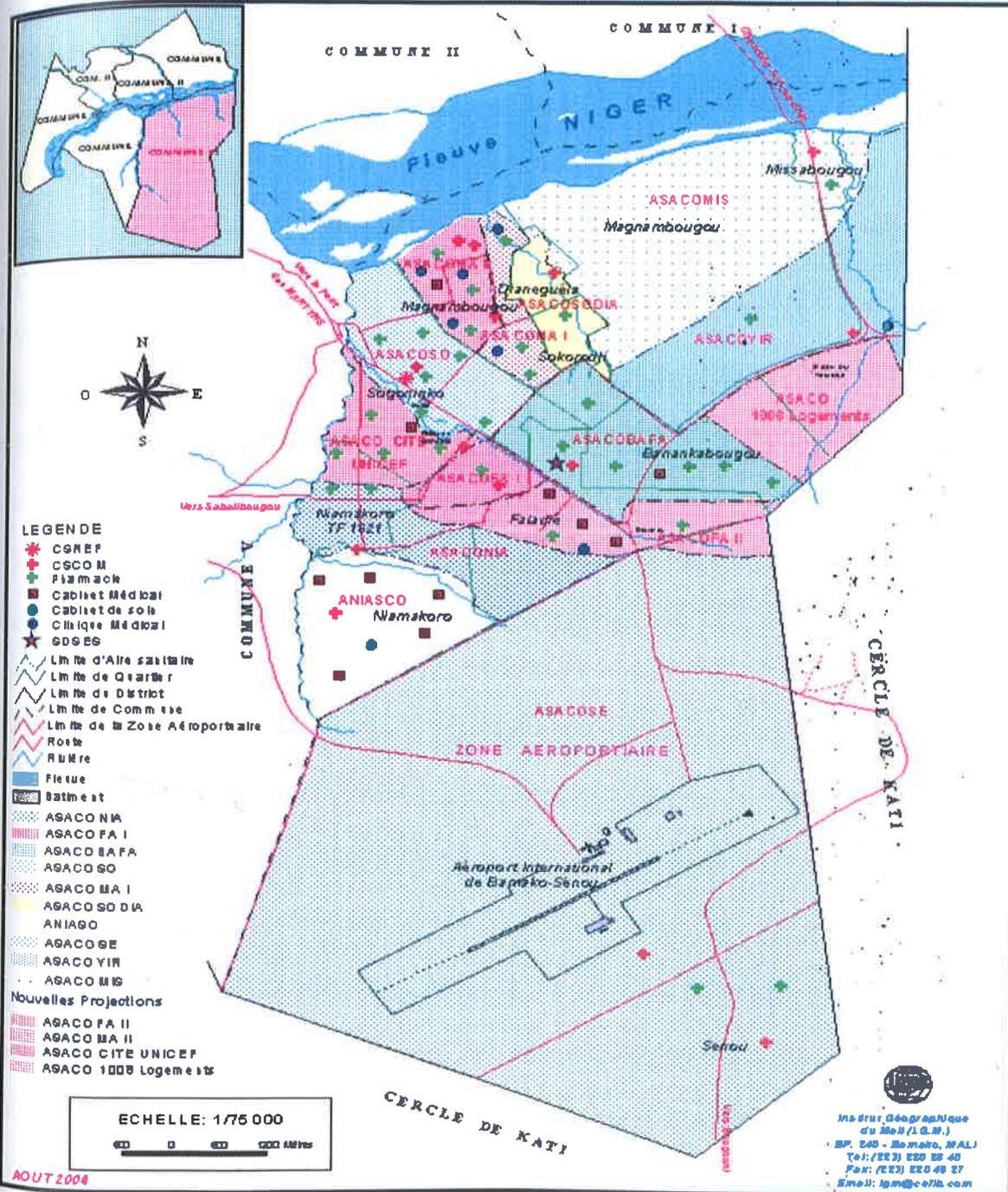


Figure 1 : Carte sanitaire de la Commune VI

3-Population d'étude :

Au cours de notre enquête, nous nous sommes adressés aux personnes suivantes :

- Familles de la commune VI fréquentant les formations sanitaires choisies.
- Personnel de santé des dits formations sanitaires

3-1 Critères d'inclusion :

- Personnel de santé exerçant dans les formations sanitaires choisies,
- Personne ayant fréquenté les structures sanitaires choisies au moins une fois.

3-2 Critères de non inclusion

- Refus des conditions de l'enquête.
- Personnes ne remplissant pas les critères énumérés ci-dessus

3-3 Echantillonnage :

Nous avons fait un échantillonnage aléatoire.

Vingt (20) ménages pour chaque ASACO choisie ; soit 100 ménages au total. Dans chaque ménage nous avons enquêtés un homme et une femme ; soit au total 200 personnes. Le personnel de chaque ASACO au nombre de 32 au total. Notre échantillon total était constitué de 200+32 personnes soit 232.

3-4 Techniques et outils d'enquête :

Pour mener cette étude, nous avons élaboré trois types de questionnaire avec des questions à réponse ouverte et en nombre restreint (voir annexe), afin de réaliser des interviews. Il y avait un questionnaire adressé au personnel de santé, un pour la communauté, et un autre pour l'entretien de focus groupe. Les enquêteurs étaient au nombre de deux et étaient formés à l'avance sur les conditions et la procédure de l'enquête.

Pour les agents de santé, on leur remettait le questionnaire qu'ils devaient remplir dans un délai de 3 à 4 jours maximum.

Pour la population nous avons 40 ménages à enquêter pour chaque ASACO. Pour identifier les ménages à enquêter, nous avons divisé le quartier en quatre (4) secteurs : Est, Ouest, Nord et Sud en prenant comme épicerie chaque ASACO. Les premiers ménages enquêtés étaient les plus proches de l'ASACO et, nous avons progressé de

famille en famille jusqu'à l'extrémité de chaque secteur déterminé. Dans chaque famille, nous avons choisi un ménage et interrogé deux personnes un homme et une femme. Par ailleurs afin de pouvoir trouver l'échantillon recherché, nous allions d'abord tous les matins dans chaque ASACO interviewer les patients sur place, avant de rentrer dans le quartier. Les enquêtes se déroulaient de 08 heures à 12 heures, voir 15 heures.

Nous avons profité de ces entrevues pour prendre contact avec certains agents de santé, des relais communautaire et d'autres membres de la communauté.

3-5 Saisie, traitement et analyse des données :

Les données quantitatives ont été saisies avec les logiciels Microsoft Office Word 2010 et Excel 2010, et analysées à partir du logiciel SPSS version 23.0.

Le recueil des données qualitatives s'est fait sous forme d'entretiens semi-structurés, de focus groupes ou d'entretiens informels, les données ont ensuite été recoupées par source et saisies sur Microsoft office Word 2010.

3-6 Budget d'étude :

Cette étude a été financée par nos propre fonds

3-7 Considération éthique :

Avant de commencer l'enquête, nous avons pris contact avec la Mairie de la commune VI ainsi que les chefs de quartiers, afin de leur expliquer les objectifs visés par notre étude et aussi, pour obtenir leur approbation et leur aide pour l'information et la sensibilisation de la population.

Pendant l'enquête, nous avons pris la peine d'expliquer à tous ceux qui voulaient répondre à nos questions : ce sur quoi portait l'étude, son but et ce qu'on attendait d'eux. Après obtention de leur consentement, nous les avons interrogés tout en respectant les conditions de l'enquête à savoir : le respect de la personne humaine, l'anonymat et la confidentialité.

RESULTATS

IV- RESULTATS

I-RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DU PERSONNEL DE SANTE :

Tableau I : Répartition du personnel de soins des ASACO de la commune VI du district de Bamako selon la provenance

AIRE DE SANTE	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
ASACOBABA	10	31,3
ASACOCY	7	21,9
ASACOFA	6	18,8
ASACOMA	5	15,6
ASACOSODIA	4	12,5
TOTAL	32	100

Environ 31,3% du personnel de soins des ASACO de la CVI enquêté provenait de l'ASACOBABA.

Tableau II : Répartition du personnel de soins des ASACO de la CVI selon la manière d'intégration du centre

INTEGRATION DU CENTRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
APEJ	1	3,1
BENEVOL	1	3,1
FONCTION PUBLIQUE	8	25
FONDS ASACO	15	46,9
FONDS PPTE	7	21,9
TOTAL	32	100

APEJ= Agence pour la promotion de l'emploi des jeunes

Fonds PPTE= Fonds des pays pauvres très endentés

Le personnel de soins ayant intégré le centre sur fonds ASACO étaient de 46,9%

Tableau III: Répartition du personnel de soins des ASACO de la CVI selon le nombre d'année passée dans le service

ANNEE DE SERVICE	EFFECTIF	POURCENTAGE
1 à 4 ANS	16	50
5 à 9 ANS	7	21,9
10 ANS et plus	9	28,1
TOTAL	32	100

Environ 50% du personnel avait 1 à 4 ans de service

Le nombre moyen d'année passée dans le service était de 1,08 année avec des extrêmes de 1 à 20ans.

Tableau IV : Répartition du personnel de soins selon leur adhérence à l'ASACO en 2016

MEMBRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	29	90,6
OUI	3	9,4
TOTAL	32	100

Seulement 9,4% du personnel de soins était adhérent à l'ASACO

Tableau V: Répartition du personnel de soins des ASACO selon leur motivation dans le travail

MOTIVATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	8	25
OUI	24	75
TOTAL	32	100

Environ 75% du personnel de soins était motivé

Tableau VI: Répartition du personnel de soins des ASACO selon la raison de leur motivation

RAISON DE MOTIVATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
AMOUR DU TRAVAIL	10	41,7
COMPETENCE DU PERSONNEL	1	4,2
PRIME DE RESPONSABILITE	2	8,3
PRIME MENSUELLE	11	45,8
TOTAL	24	100

Environ 45,8% du personnel de soins avait comme raison de motivation la prime mensuelle

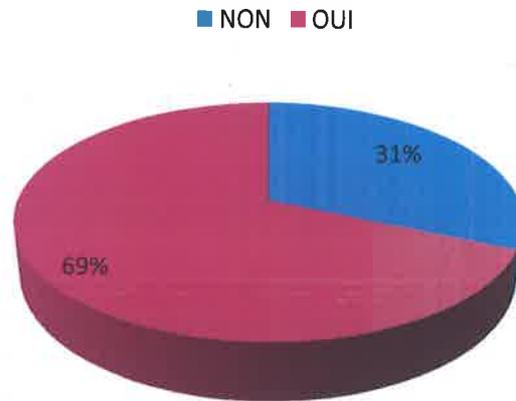
Tableau VII : Répartition du personnel de soins des ASACO selon leur participation ou non à la création du centre

PARTICIPATION A LA CREATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	32	100
OUI	0	0
TOTAL	32	100

Aucun membre du personnel n'avait participé à la création du centre

Figure 2: distribution du personnel de soins des ASACO de la CVI en 2016 en fonction de leur participation à une campagne de sensibilisation dans la commune

Participation à une campagne de sensibilisation



Environ 69% du personnel avait participé à une campagne de sensibilisation dans la commune

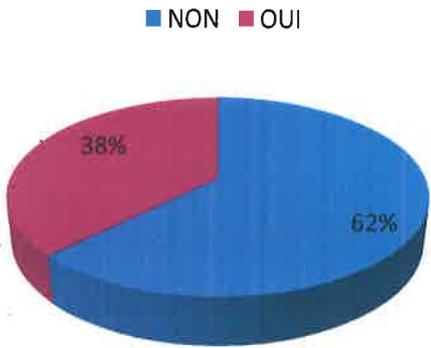
Tableau VIII: Répartition du personnel de soins des ASACO selon le type de campagne

TYPED E CAMPAGNE	EFFECTIF	POURCENTAGE
CPN	1	4,5
DEPISTAGE CANCER	2	9,1
COL		
EBOLA	1	4,5
IST	2	9,1
MALNUTRITION ET ALLAITEMENT	1	4,5
PALUDISME	6	27,3
PLANIFICATION	2	9,1
ROLE DE L'ASACO	1	4,5
VACCINATION	6	27,3
TOTAL	22	100

Environ 27,3% des campagnes de sensibilisation était contre le paludisme et la vaccination

Figure 3: Distribution du personnel de soins des ASACO selon leur participation à une activité d'extension communautaire

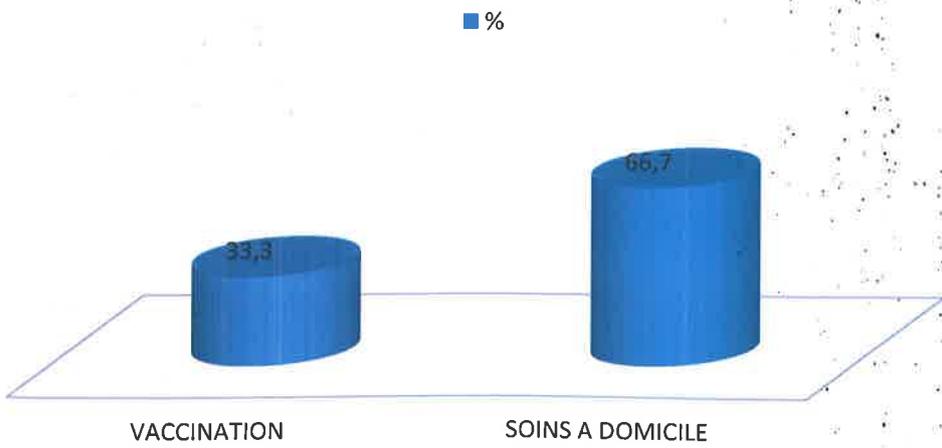
Participation à une activité d'extension communautaire



Seulement 38% du personnel avait participé à une campagne d'extension communautaire

Figure 4 : Répartition du personnel de soins des ASACO selon le type de campagne d'extension communautaire

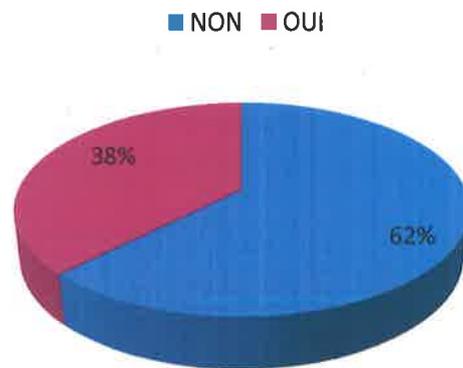
Répartition selon le type de campagne d'extension



Parmi les campagnes d'extension communautaire les soins à domicile étaient la plus représentée avec 66,7%

Figure 5 : Répartition du personnel de soins des ASACO selon leur convivialité à faire adhérer d'autres personnes

Répartition du personnel selon leur convivialité à faire adhérer



Seulement 38% du personnel de soins avait convié d'autres personnes à adhérer

Tableau IX : Répartition du personnel de soins des ASACO selon la qualification

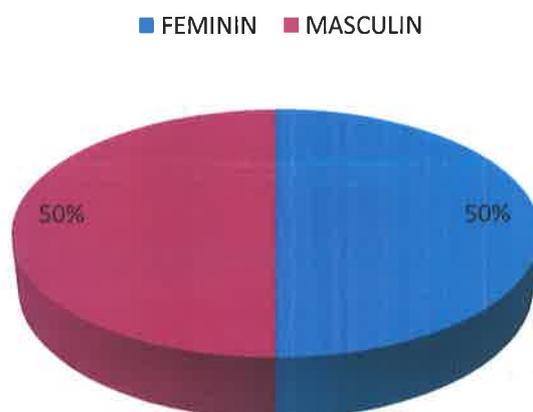
QUALIFICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
AIDE SOIGNANTE	2	6,2
BENEVOL	1	3,1
GERANT	2	6,2
INFIRMIER ET TECHNICIEN SUPERIEUR	12	37,5
LABORATIN	1	3,1
MATRONE ET OBSTETRICIENNE	3	9,4
MEDECIN	3	9,4
PHARMACIEN	1	3,1
SAGE FEMME	7	21,9
TOTAL	32	100

Environ 37,5% du personnel de soins enquêté était infirmier ou technicien supérieur

2-RESULTAT DE L'ENQUETE AUPRES DE LA COMMUNAUTE

Figure 6 : Répartition de la population enquêtée selon le sexe

Répartition de la population selon le sexe



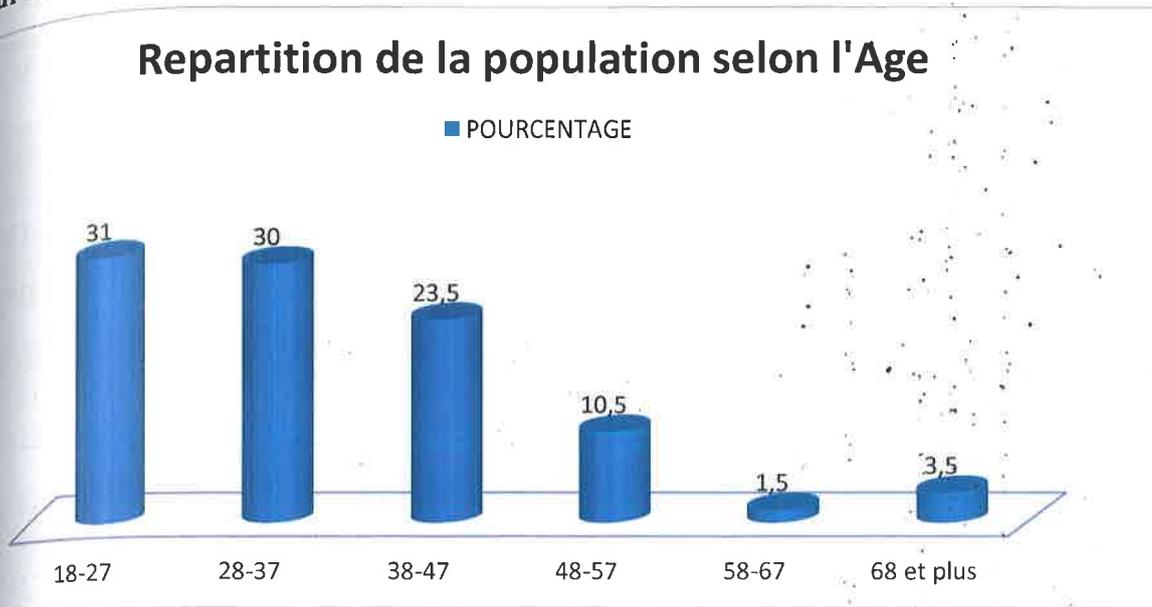
Environ 50% de la population enquêtée était de sexe Féminin et 50% de sexe Masculin

Tableau X : Répartition de la population enquêtée selon le statut matrimonial

STATUT	EFFECTIF	POURCENTAGE
MATRIMONIAL		
CELIBATAIRE	24	12
MARIE	175	87,5
VEUVE	1	0,5
TOTAL	200	100

Environ 87,5% de la population enquêtée était mariée

Figure 7: Répartition de la population enquêtée selon l'Age



Environ 31% de la population enquêtée était âgée de 18 à 27ans

La moyenne d'Age était de 28ans avec des extrêmes de 18 à 70ans

Tableau XI : Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'instruction

NIVEAU D'INSTRUCTION	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON SCOLARISE	77	38,5
PRIMAIRE	46	23
SECONDAIRE	57	28,5
SUPERIEUR	20	10
TOTAL	200	100,

Environ 38,5% de la population était non scolarisée

Tableau XII : Répartition de la population enquêtée selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
AGRICULTEUR	2	1
ARTISAN ou MENUSIER	16	8
CHAUFFEUR	10	5
COMMERCANT	45	22,5
ETUDIANT	7	3,5
FONCTIONNAIRE	7	3,5
MECANICIEN	6	3
MENAGERE	76	38
OSP	16	8
RETRAITE	4	2
TAILLEUR	11	5,5
TOTAL	200	200

OSP= opérateurs du secteur privé

Les ménagères représentaient 38% de la population enquêtée

Tableau XIII : Répartition de la population enquêtée selon leur assistance à une assemblée générale

ASSISTANCE A UNE ASSEMBLEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	175	87,5
OUI	25	12,5
TOTAL	200	100

Seulement 12,5% de la population avait assisté à une assemblée générale de l'ASACO

Tableau XIV: Répartition de la population enquêtée selon leur connaissance du Bénévolat.

CONNAISSANCE DU BENEVOLAT	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	117	55,5
OUI	83	44,5
TOTAL	200	100

Seulement 44,5% de la population enquêtée connaissait le bénévolat

Tableau XV : Répartition de la population enquêtée selon leur opinion sur la rémunération des bénévoles

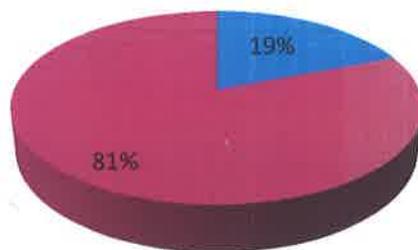
REMUNERATION DES BENEVOLES	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	6	3
OUI	194	97
TOTAL	200	100

Environ 97% de la population enquêtée était en faveur de la rémunération des bénévoles

Figure 8 : Répartition de la population enquêtée selon leur adhésion à l'ASACO

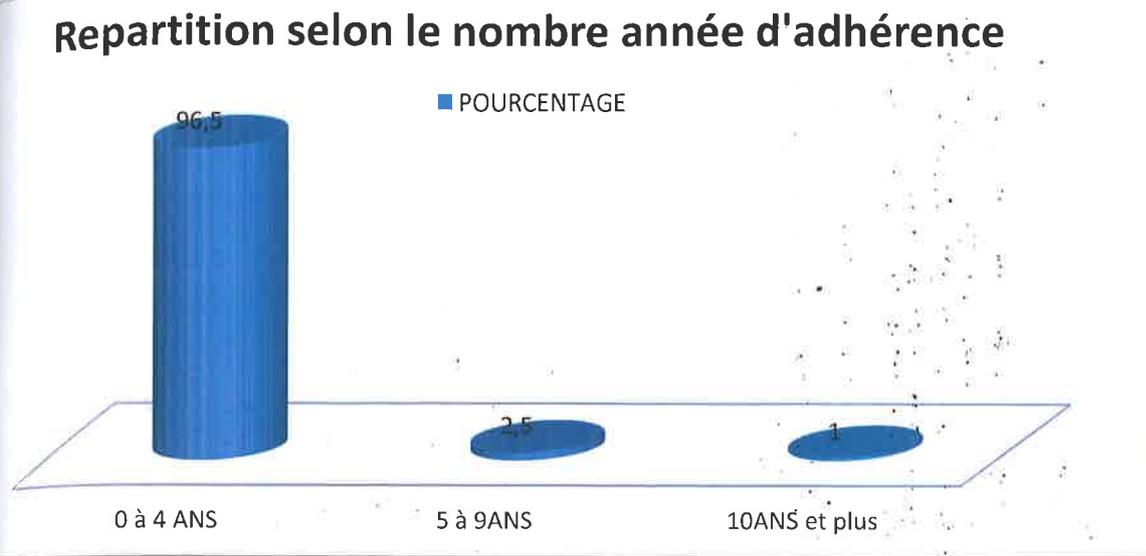
Répartition de la population selon leur adhésion

■ NON ■ OUI



Seulement 19% de la population enquêtée était adhérent à l'ASACO

Figure 9: Répartition de la population enquêtée selon le nombre année d'adhérence



Environ 96,5% de la population enquêtée avait 0 à 4année d'adhérence

La moyenne d'année d'adhérence était 2,25 Ans avec des extrêmes de 0 à 20 années.

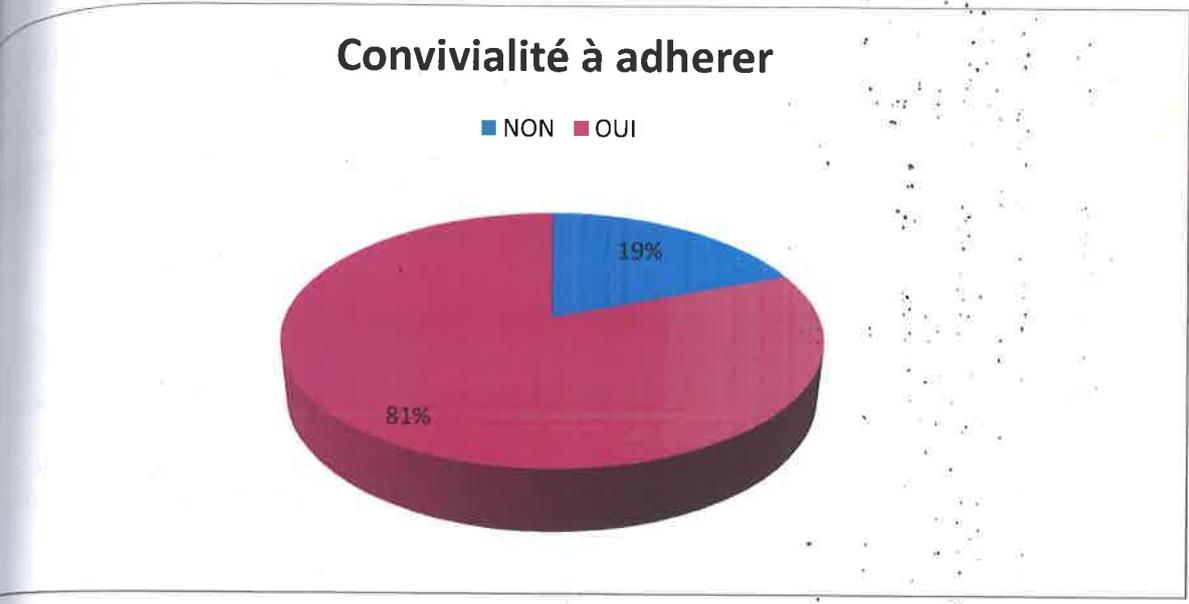
Tableau XVI : Répartition de la population enquêtée selon le renouvellement de la carte d'adhésion

RENOUVELLEMENT DE LA CARTE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0	169	84,5
1	17	8,5
2	7	3,5
3	3	1,5
4	4	2
TOTAL	200	100

Environ 84,5% n'avait jamais renouvelé leur carte

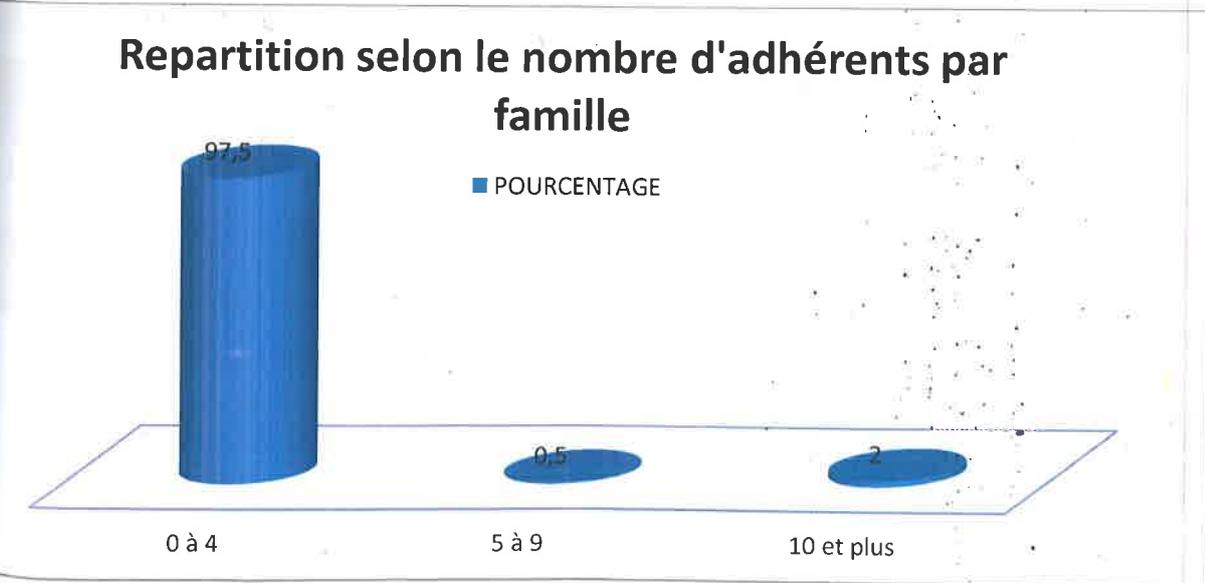
La moyenne de renouvellement de cartes était 0,15 avec des extrêmes de 0 à 4.

Figure 10: Répartition de la population enquêtée selon leur convivialité à faire adhérer d'autres personnes



Seulement 19% avait conviés d'autres personnes à adhérer

Figure 11: Répartition de la population enquêtée selon le nombre d'adhérent par famille



Environ 97,5% avait de 0 à 4 adhérents par famille

La moyenne d'adhérent par famille était de 2,4 avec des extrêmes de 0 à 25.

Tableau XVII: Répartition de la population enquêtée selon la réception d'une équipe d'extension communautaire

RECEPTION D'UNE EQUIPE D'EXTENSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	140	70
OUI	60	30
TOTAL	200	100

Seulement 30% des enquêtées avait reçu une équipe d'extension communautaire

Tableau XVIII : Répartition de la population enquêtée selon leur connaissance du tarif d'adhésion

CONNAISSANCE DU TARIF D'ADHESION	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	118	59
OUI	82	41
TOTAL	200	100

Seulement 41% de la population connaissait le tarif d'adhésion

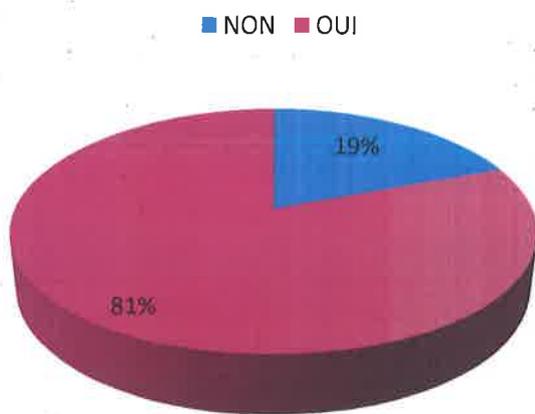
Tableau XIX: Répartition de la population enquêtée selon leur opinion sur le tarif

OPINION SUR LE TARIF	EFFECTIF	POURCENTAGE
ABORDABLE	198	99
ÉLEVÉ	1	0,5
TOTAL	200	100

Environ 99% de la population jugeait le tarif d'adhésion abordable

Figure 12: Répartition de la population enquêtée selon leur recours à des prestations au centre de l'ASACO

Recours à des prestations



Environ 81% avait eu recours à des prestations du centre de santé de l'ASACO

Tableau XX : Répartition de la population enquêtée selon leur avis à retourner au centre pour les prestations déjà reçue

PRET A RETOURNER	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON	2	1
OUI	198	99
TOTAL	200	100

Environ 99% était prêt à retourner au centre pour les mêmes prestations

Les raisons de leur retour étaient entre autre : la compétence du personnel, la rapidité du service, médicaments moins chers et la proximité

Tableau XXI: Répartition de la population enquêtée selon leur avis sur la source du salaire des agents du centre

SOURCE DE PAYEMENT AGENTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
COMMUNAUTE	26	13
L'ETAT	47	23,5
CSCOM	127	63,5
TOTAL	200	100

Environ 63,5% de la population estimait que la source de salaire des agents est le CScom

Tableau XXII: Répartition de la population enquêtée selon leur avis sur la qualité des soins et prestations fournies par les centres

QUALITE PRESTATIONS	DES EFFECTIF	POURCENTAGE
BONNE	172	86
MAUVAISE	2	1
PASSABLE	26	13
TOTAL	200	100

Environ 86% de la population jugeait Bonne les prestations du centre

Tableau XXIII : Répartition de la population enquêtée selon leur avis sur les faiblesses du CScom

FAIBLESSES CSCOM	DU EFFECTIF	POURCENTAGE
AUCUNE	178	89
APPUI DE L'ETAT	1	0,5
INFIRMIER	12	6
SAGE FEMME	7	3,5
TOUT LE MONDE	2	1
TOTAL	200	100

Environ 89% estimait ne pas connaitre de faiblesses du CScom

A côté de cela des faiblesses comme l'appui de l'état, les infirmiers et aussi les sages-femmes étaient souvent décriés.

ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES:

Le recueil des données qualitatives s'est fait sous forme d'entretiens semi-structurés, de focus groupes ou d'entretiens informels. Il a concerné les agents de santé et les personnes clés de la communauté ou pouvant avoir une influence sur la santé communautaire (grand-mères, tradi-praticiens, les relais communautaire)

Les guides d'entretiens portaient sur :

-la connaissance de l'ASACO et son rôle

-l'adhérence à l'ASACO

-les bénéficiaires des prestations de l'ASACO

-l'importance de la carte d'adhésion

-le bénévolat

-La participation communautaire et développement

-activités d'information, d'éducation et de communication

-l'importance des activités d'extension communautaire.

1. LA CONNAISSANCE DE L'ASACO ET SON ROLE :

L'ASACO dans la majorité des cas est connue comme un regroupement de personnes dans le but d'améliorer la santé de la commune par la coordination des efforts communautaires. "*SIGIDA KENEYA dièkulu*" est le terme utilisé par les grand-mères et les femmes de ménages, selon elles c'est le regroupement sanitaire le plus proche de la population, qui appartient à la commune.

Elle a pour rôle de faciliter l'accès de la population aux soins de santé et médicament essentielles au moindre cout dans un environnement ou les moyens de transport font la plupart défaut.

2. ADHERENCE à l'ASACO :

La majorité des enquêtes n'était pas adhérent, la raison évoquée dans la plus part des cas est le manque d'intérêt car selon eux il y a pas de différence notable entre un adhérent et un non adhérent ceci s'explique par le manque d'information sur la nécessité d'adhésion.

3. PRESTATIONS DE L'ASACO

Le contexte urbain implique que la majorité des enquêtés sait qu'elle peut trouver un traitement pour leur maladie au niveau des CSCOM. La barrière financière pour accéder au service (transport, coût consultation) bien que parfois citée ne semble pas être un frein majeur. Les prestations sont suivies par la population dont la majorité n'a signalé ni problème d'accueil ni de temps d'attente trop long. Cependant le seul problème rencontré est la rupture de stock de médicament en pharmacie

4. L'IMPORTANCE DE LA CARTE D'ADHESION :

Permet l'accès plus facile du centre de santé, coût de consultation moindre et aussi d'avoir le droit à la parole lors des assemblées générale. L'importance de la carte d'adhésion est mal connue dans la majorité des cas. Ceci résulte du manque d'information de la population

5. BENEVOLAT :

Le bénévolat n'est pas bien connu par la population, car les activités des bénévoles étaient entre autre : les campagnes de sensibilisation sur le rôle de l'ASACO, le paludisme, Ebola, la malnutrition or ces activités sont la plupart du temps effectués par des agents de santé que la population prend pour des salariés.

Par contre dans la majorité des cas il est suivi par les relais communautaires dont l'engagement est limité car la plupart sont absorbés par leurs activités personnelles ou professionnelles. Les relais les plus actifs étant paradoxalement les relais les plus âgés car dégagés des charges familiales, ils ont plus de temps à consacrer et sont mieux intégrés dans la communauté que les jeunes relais. Ils jouent un rôle de pont entre la population et les services de santé.

6. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET DEVELOPPEMENT

La population doit participer activement à la recherche de solutions pour les problèmes affectant sa santé. On a vu son rôle dans le combat contre la maladie à virus EBOLA à travers le signalement des cas suspects. En plus pour parvenir à améliorer les soins de santé, il est essentiel que la communauté définisse ses propres besoins et propose des méthodes pour les satisfaire.

Tant que les priorités de la population sont prises en compte elle n'aura d'autre choix que d'adhérer massivement. C'est en ce moment que le message passera rapidement et on ne peut que constater son impact sur le développement. Malheureusement cette participation communautaire fait grandement défaut car la population n'est pas le plus souvent consultée au moment des prises de décision.

7. PARTICIPATION AUX ACTIVITES D'IEC :

Le suivi de ces activités est faible, la population n'étant pas consciente de leur importance. La plupart évoque le manque de temps surtout les ménagères absorbées par leurs activités domestiques.

Les autorités locales ne semblent pas assez informées et impliquées dans le programme et ne sont régulièrement informées que des grosses activités dans la commune (enquêtes, caravanes de sensibilisation..) mais aussi elles ne sont pas directement et activement impliquées lors des séances de sensibilisation et d'information.

L'implication de tradi-praticiens ou d'autres personnes pouvant avoir un impact sur la santé communautaire est très faible et est liée au dynamisme individuel des relais et à leur réseau de relations.

Cette faiblesse de participation des personnes clés explique en partie la faiblesse actuelle du niveau communautaire et à long terme met en cause la pérennité de l'action surtout dans le cas de la malnutrition

8. L'IMPORTANCE DES ACTIVITES D'EXTENSION

COMMUNAUTAIRE : Ces services sont bien appréciés par la population malgré leur rareté.

Elles permettent d'étendre la zone de couverture des services de santé d'où un grand intérêt dans la couverture vaccinale et la malnutrition.

Elles sont d'autant plus appréciées par les ménagères que les personnes âgées pour qui les déplacements sont fatigant.

La question de motivation financière revient ici, ce qui constitue le seul problème pour la bonne marche de ces activités.

**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

V DISCUSSION

La présente étude a été réalisée avec succès portant sur la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO en commune VI, mais nous avons rencontré certaines difficultés au cours de l'enquête, car certaines personnes étaient réticentes quand il s'agissait de donner leur âge et aussi les faiblesses du centre de santé en plus les hommes étaient le plus souvent rare dans les familles car absorbés par les travaux quotidiens.

Le choix de ce thème n'était pas fortuit car : aucun sujet de thèse n'avait encore été réalisé concernant l'engagement communautaire au sein des services de santé au Mali. De plus, ces centres ne faisaient pas habituellement l'objet d'une étude.

1- Profil des enquêtés :

1-1- Le sexe.

Les centres étaient fréquentés par les deux sexes. Nous avons eu une proportion de 50% de sexe Masculin et Féminin.

Les études Carleonne D, 2010(9) et KANTA K, 2007 (11) ont trouvés respectivement 80% et 71,1 % de sexe féminin. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les méthodes d'enquêtes utilisées étaient différentes ; en effet nous avons choisi un nombre égal d'hommes et de femmes.

1-2- Age.

Les cinq centres étaient fréquentés par toutes les tranches d'âge mais la tranche dominante était 18 à 27ans de 31%, cependant l'étude de KANTA.K, 2007(11) a trouvé la tranche d'âge dominante de 45 à 49ans avec 46,8%. Ceci peut s'expliquer par le contexte urbain de notre étude où la population est de plus en plus jeune.

La moyenne d'Age était de 28ans

1-3- Le niveau d'instruction.

Les cinq centres de santé communautaires étaient fréquentés par une population ayant des niveaux d'instruction confondus (non scolarisé, primaire, secondaire, supérieur) ; mais aussi par des personnes ayant reçu une instruction coranique.

Les personnes non scolarisées étaient les plus représentées avec une proportion de 38,5% alors que les études faites au Mali par KANTA.K ,2007 (11) ; et LAZARE C, 2005 (12), ont montrés que la quasi-totalité de la population était non scolarisée avec comme taux respectifs : 90,9% et 89,1 %.

Le taux d'alphabétisation augmente en zone urbaine

1-4- La profession.

Les cinq centres étaient majoritairement fréquentés par les ménagères dans 38% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de LAZARE.C(12) qui a trouvé 94,1% et similaire à celui de KANTA.K (11) qui a trouvé 48,7%

En dehors des ménagères majoritaires, d'autres personnes exerçant divers métiers (fonctionnaire, étudiant, commerçant, artisan, agriculteur) fréquentaient aussi ces centres.

1-5- La situation matrimoniale.

Dans les cinq centres de santé, il y avait des personnes de divers statuts matrimoniaux: célibataires, mariés, veufs, divorcés. La majorité était représentée par les personnes mariées dans 87,5% des cas, ce résultat est similaire à ceux de LAZARE.C(12) et KANTA.K (11) qui ont trouvés respectivement 97,4% et 81,3%.

1-6 Connaissance du bénévolat :

Environ 44,5% des enquêtés connaissait le Bénévolat

La quasi-totalité de la population était en faveur de la rémunération des bénévoles dans 97% des cas.

1-7 Adhérence à l'ASACO

Seulement 19% des enquêtés était adhérent. Ce résultat est nettement inférieur à celui de KANTA.K (11) qui a trouvé 82,9% d'adhérents.

La raison évoquée dans la plus part des cas est le manque d'intérêt ceci peut s'expliquer par le manque d'information.

La moyenne d'année d'adhérence était 2,25 Ans avec des extrêmes de 0 à 20 années.

La moyenne de renouvellement de cartes était 0,15 avec des extrêmes de 0 à 4 fois

1-8 Connaissance et opinion sur le tarif d'adhésion : La majorité ne connaissait pas le tarif d'adhésion dans 59% des cas, ceci peut s'expliquer par le manque d'information.

Environ 99% des enquêtés jugeait le tarif Abordable

1-9 Réception d'équipe d'extension communautaire

Seulement 30% des enquêtés estimait avoir reçu une équipe d'extension communautaire .Ceci s'explique par la méconnaissance du rôle de ses équipes, en plus ces équipes ont tendance à se raréfier en milieu urbain du à la prolifération des centres de santé partout.

1-10 Participation aux séances d'IEC :

Seulement 12,5% des personnes enquêtées participait aux séances d'IEC organisées dans chaque Centre. Ce résultat est proche de celui de CARLEONE.D ,2010(9) qui a trouvé un taux de participation de 27,2%.

Les raisons de non-participation aux séances d'IEC étaient entre autres : le manque de temps, l'absence d'information et le manque d'intérêt.

1-11 Recours à des prestations :

La majorité des enquêtés avait eu recours à des prestations du CSCOM dans 81%.

99% était prêt à retourner au centre pour les mêmes prestations, ceci témoigne du rôle joué par les ASACO dans l'amélioration de la santé communautaire

1-12 Qualité des soins :

Une grande partie jugeait bonne la qualité des prestations du centre dans 86% des cas. Ce résultat est similaire à celui de LAZARE.C(12) qui a trouvé 90%.

Les motifs majeurs de non satisfaction par rapport à la prise en charge au niveau des CSCOM étaient : le mauvais accueil et l'incompétence du personnel soignant. A côté de cela, il y avait aussi la qualité des ordonnances, la rupture des stocks de médicaments, le manque de ponctualité, de sérieux et l'insalubrité.

1-13 Faiblesses du centre de santé :

La majorité estimait ne pas reconnaître de faiblesses dans 89% des cas. Ce résultat est similaire à celui de DIARRA.A 2009(13) qui a trouvé 64,5% affirmant ne pas connaître de faiblesses.

Des faiblesses comme l'appui de l'état, les infirmiers et aussi les sages-femmes étaient souvent décriés.

2- concernant les agents de santé

- Environ 31, 3% du personnel enquêté provenait de l'ASACOBABA.

Dans les CSCOM, la majorité des travailleurs avait intégré le centre sur fonds ASACO dans 46,9 %des cas .Ce résultat est similaire à ceux de CARLEONNE.D(9) et M.ZOUMANA 2006 (14) qui ont respectivement trouvés 57,1% et 67%,

Le nombre moyen d'année de service était de 1,08année

- Seulement 9,4% du personnel de soins était adhérents à l'ASACO ;
- La plupart était motivé dans le travail dans 75% des cas ;

La principale raison de motivation était la prime mensuelle dans 45,8% des cas.

A côté de cela il y'avait d'autres raisons de motivation comme l'Amour du travail, la prime responsabilité et la compétence du personnel

- La plupart avait participé à une campagne dans la commune dans 69% des cas. 27,3% de ces campagnes était contre le paludisme et pour la vaccination
- Seulement 38% du personnel avait été membre d'une équipe d'extension communautaire

- A part les plaintes de l'ASACOSODIA contre l'insécurité et l'absence de manœuvres les critiques et suggestions étaient similaires

➤ **Les critiques :**

- Insuffisance d'hygiène ;
- Insuffisance de personnel qualifié ;
- Manque de matériel.

➤ **Les suggestions :**

- Extension du CSCOM;
- Assistance technique et financier de l'Etat ;
- Transformation du CSCOM en CSRef,
- Amélioration des conditions de travail ;
- Recyclage, la formation, l'augmentation du personnel pour le renforcement de la performance ;
- Acquisition de matériels techniques adéquats
- la construction d'un bloc opératoire

3-**Limites de l'étude :**

Biais :

- certaines personnes étaient réticentes quand il s'agissait de donner leur âge et statut matrimonial surtout les divorcées ;
- certaines réponses de participants sont subjectives et difficiles à vérifier.

Difficultés

- les hommes étaient difficile à rencontrer car le plus souvent absent du domicile conjugale ;

-l'étude a nécessité aussi la mobilisation de moyens financiers et humains, il s'agit entre autres :

- ✓ du manque de moyens d'enregistrement des entretiens avec la population et d'entretiens individuels
- ✓ de la confection des fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur
- ✓ du traitement informatisé des données

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

CONCLUSION

du 14 janvier 2016 au 6 février 2016, nous avons effectué une étude transversale portant sur la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO. Cette étude s'est déroulée en commune VI dans le district de Bamako, auprès de 200 ménages, le personnel soignant et d'autres personnes clés ayant un impact sur la santé communautaire. L'objectif général de notre étude était d'étudier la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO, afin d'améliorer nos connaissances sur les capacités de renforcement de la participation communautaire. Au terme de cette étude, il en ressort que les cinq CSCOM souffrent encore de grandes insuffisances à savoir :

- la faiblesse du nombre d'adhérent car seulement 19% de la population enquêtée était adhérent et 9,4% pour les agents de santé
- la faiblesse de participation des agents de santé aux campagnes d'extension communautaire soit 38%.
- Le faible taux de participation de la population aux séances d'IEC (par manque de temps et d'information) soit 12,5%.
- plupart des travailleurs était des contractuels de l'ASACO dans 46,9%; l'appui de l'état étant faible
- faible motivation des relais communautaire
- le manque de vie démocratique au sein des associations.

Malgré toutes ces insuffisances, la majorité des usagers était satisfaite de la prise en charge et estimait bonne la qualité des soins dans 86% des cas et la grande partie du personnel était motivé dans le travail dans 75% des cas.

VII RECOMMANDATIONS

Dans le souci d'améliorer les progrès réalisés en termes de renforcement de l'engagement communautaire au sein de nos services de santé, nous préconisons ce qui suit :

1- A L'ENDROIT DES DIRIGEANTS DE L'ASACO.

- ✓ assurer une grande mobilisation sociale autour du CSCOM, afin que la population comprenne et adhère à cette idée de santé communautaire ;
- ✓ motiver les relais communautaire dans leur rôle d'informateur ;
- ✓ sensibiliser la population par rapport à l'existence et les avantages de la carte de membre ;
- ✓ Mettre en place une bonne collaboration avec les agents de santé du CSCOM ;
- ✓ améliorer les conditions de travail du personnel soignant et prendre davantage en compte leurs revendications ;
- ✓ afficher les tarifs des différents services, et mettre des boîtes à suggestion au niveau des centres de santé ;

2- A L'ENDROIT DU PERSONNEL DE SANTE.

- ✓ améliorer l'accueil, en créant un véritable service d'accueil pour informer et orienter les patients ;
- ✓ être plus disponible, plus consciencieux et plus ponctuel ;
- ✓ informer et sensibiliser les populations sur l'importance des séances d'IEC ;
- ✓ assurer une meilleure gestion des médicaments, afin d'éviter les ruptures de stock ;
- ✓ améliorer la qualité de la prescription, en délivrant des ordonnances à but curatif et non lucratif ;

3- A L'ENDROIT DES POPULATIONS DE LA COMMUNE VI

- ✓ s'intéresser davantage à la gestion de leurs propres problèmes de santé en adhérant à leurs ASACO ;
- ✓ participer aux séances d'IEC organisées dans leurs CSCOM ;

4- A L'ENDROIT DE LA DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

- ✓ contribuer au recrutement et à la prise en charge salariale d'un personnel de santé qualifié et aussi mettre en place un budget pour la motivation des bénévoles ;
- ✓ équiper les CSCOM pour qu'ils répondent aux normes et procédures des centres de santé de premier niveau ;
- ✓ participer à la formation et au recyclage du personnel dans le but d'améliorer la qualité des soins ;

- ✓ suivre le fonctionnement des CSCOM afin d'améliorer l'engagement communautaire.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

- 1- Oakley, P. Engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes. OMS(1989).51 pages.
- 2- ESDM-V MALI (5eme enquête démographique et de santé du MALI. Date de consultation 25juillet 2016.
- 3- IMRSP : Quel rôle joue la femme dans la gestion des ASACO/CSAM au Mali ? Etude de cas dans le district de Bamako. Les régions de Ségou, Mopti, Koulikoro. juillet 1995 .Document polycopie
- 4- Contribution à l'évaluation de la qualité des soins dans les CSCOM de Bko Thèse Med :Bko 2000 M 38
- 5- MASCOM: Textes régissant la structure des ASACO statuts et règlements antérieur. Décret de reconnaissance d'utilité publique, convention de financement avec le ministère de la santé
- 6- Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe.2014 ([http : fr.cmamforum.org](http://fr.cmamforum.org)),20 Février 2016
- 7- Akory A I et Col. Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako.septembre2000 ; Mali.
- 8- Centre de contrôle des maladies et la prévention(CDC).Principes de l'engagement communautaire.2eme Edition 20février2016.
- 9- Carleone D. Etude de la gestion des ASACO : Le cas des CSCom1 et 2 de Boulkassoumbougou au sein du district de Bamako .page 30-37.
- 10- Ballo M. Bourdy F,Rapport sur la mise en œuvre de l'IB= Dix ans après (1987-1999) document polycopie
- 11- KANTA K
Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par la population de l'aire de santé de Ségoué (cercle de Kolokani). Thèse de médecine (FMPOS). Bamako 2007 ; p 45- 58.

12- LAZARE COULIBALY

Etude sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro. Thèse de médecine. Bamako 2005 ; p 38- 54.

13- DIARRA A, Evaluation du CSCOM de Yirimadio de la commune 6 du district de Bamako ;2009.

14- DEMBELE MAMADOU ZOUMANA

Mobilisation sociale autour du CSCOM de Garna dans la commune rurale de Tamani, cercle de Baraouéli, région de Ségou. Thèse de médecine. Bamako 2006

15- Fenascom (<http://www.fenascom.org>)

16- DS commune VI de Bamako Rapport SQUEAC(ACF),juin 2014 Document public page 9.

17- Duflos et Al. Evaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 5ans en milieu rural au Mali, 1986 cites par CIHI, 1995 ;pages 7-8.

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : TRAORE

PRENOM : IBRAHIMA ADAMA

NUMERO DE TELEPHONE : 00223 78948364

E-mail : ibrahimamajor@gmail.com

TITRE : DYNAMIQUE DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE AU SEIN
DES ASACO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO.

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Anthropologie, éthique, gestion et santé publique.

RESUME :

Il s'agit d'une étude transversale, elle s'est déroulée du 14 janvier 2016 au 6 février 2016, nous avons effectué une étude transversale portant sur la dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO. Cette étude s'est déroulée en commune VI dans le district de Bamako, auprès de 200 ménages, le personnel soignant et d'autres personnes clés ayant un impact sur la santé communautaire.

Au terme de cette étude, nous avons eu les résultats suivants :

La faiblesse du nombre d'adhérent car seulement 19% de la population enquêtée était adhérent et 9,4% pour les agents de santé, la faiblesse de participation des agents de santé aux campagnes d'extension communautaire soit 38%.

Le faible taux de participation de la population aux séances d'IEC (par manque de temps et d'information) soit 12,5%.

La plupart des travailleurs était des contractuels de l'ASACO dans 46,9%; l'appui de l'état étant faible

La faible motivation des relais communautaire et le manque de vie démocratique au sein des associations.

MOTS CLES : Engagement communautaire, ASACO

ANNEXES

IX ANNEXES

1 - FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE QUANTITATIVE

• Introduction

Bonjour, je me nomme «IBRAHIMA TRAORE» je suis étudiant chercheur en médecine .je travaille sur le thème «Dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO en commune VI du district de Bamako » .Vous avez été sollicités pour participer à cette étude. En tant qu'habitant de la commune, votre point de vue est important et peut aider à améliorer l'engagement communautaire dans le domaine sanitaire.

Nous vous remercions d'avance de votre participation.

Numéro de la fiche/...../...../...../ Date d'enquête /.../.../.../

Aire de sante

• Caractères socio démographique

Q1 Sexe :1) M..... /2) F...../

Q2 Situation matrimoniale :1) célibataire/ / 2) Marié(e) /.../

3) Divorcé(e) /.../ 4) veuf (Ve) /.../

Q3 Tranche d'âge : 1)< 18 /.... /2) 18-27 /...../ 3) 28-37 /.... / 4) 38-47 /.... / 5) 48-57 /.... / 6) 58-67 /.... / 7) 68 et plus : /.... /.

Niveau d'instruction : 1) Non scolarisé /.... / 2) Primaire /.... /

3) Secondaire /.... / 4) Supérieur /.... / 99) Non précisé /..../

Profession : 1) Fonctionnaire/.... /2) Opérateur du secteur privé/.... /3) Retraité/.... /4) Ménagère/.... /

5) Commerçant(e) /.... /6) Artisan(ne) /.... /

7) Chauffeur/.... / 8) Agriculteur (trice) /.... /9) Elève/

10) Etudiant (e) /.... /99) Autre (à préciser).....

• Connaissances de l'ASACO par la population :

Q4 Comment avez-vous connus l'ASACO ? 1) parent /.../ 2) ami ou voisin /.../ 3) responsable de l'association/.../ 4) membres de l'association/.../5) personnel du centre/.../ 99) autres /...../

Q5 Connaissez-vous un membre du bureau de l'ASACO ? 1) oui/.../ 2) non/.../

Q6 Connaissez-vous un membre du comité ? 1) oui/.../ 2) non/.../

Q7 Avez-vous déjà assistés a une assemblée de l'une ou l'autre de ces instances ? 1) oui/... / 2) non/...../

Q8 Savez-vous si les membres du bureau de l'ASACO sont des bénévoles ? 1) oui//.../ 2) non/.../

Q9 Pensez-vous qu'ils doivent être rémunérés ? 1) oui/.../ 2) non/.../

Si oui, comment ?

a) sur le prix des cartes d'adhésion/.../

b) sur les recettes du centre /.../

c) par l'état/.../

d) par la communauté/.../

e) ne sait pas/.../

f) autres/...../

Q10 Etes-vous adhérent à l'ASACO ? 1) oui/.... / 2) non/..../

Si oui, depuis combien d'année ?/...../

Q11 Renouvelez-vous chaque année votre carte de membres ? 1) oui /.../ 2) non/..../

Si oui, combien de fois l'avez-vous fait ?/...../

Q12 Avez-vous convies d'autres personnes à y adhérer ? 1) oui/.... / 2) non/..../

Q13 Il y'a combien d'adhérents dans votre famille ?/...../

Q14 Avez-vous déjà participé à des activités de sensibilisation communautaire dans votre commune ? 1) oui/.... / 2) non/.../

Si oui, (la) ou lesquelles ?.....

Q15 Avez-vous déjà reçu chez vous des équipes d'extension communautaire chez vous ? 1) oui /...../ 2) non/..../

Si oui, pour quel motif ?

Q16 Connaissez-vous le tarif d'adhésion ?1) oui/.../ 2)non/..../

Si oui, combien ?/..... /

Q17 Que pensez-vous du tarif d'adhésion ?1) trop élevé/.../2) bas
3)abordable/.../4)sans opinion/.../ 99) votre proposition/...../

Q18 Connaissez-vous le tarif de consultation ?1) oui /.../2)non/..../

• Connaissance sur le centre de sante de l'ASACO

Q19 Connaissez-vous le centre de santé de l'ASACO ?1) oui/.../2)non/..../

Q18 Qui bénéficie de ces prestations ?1) enfants/.../ 2) femmes enceintes/.../ 3)
hommes/.../ 4) femmes/.../ 5) tout le monde/..../

Q20| Avez eu recours à une ou plusieurs de ses prestations ?1) oui/.../2)non/..../

Si oui, la ou lesquelles ?

Nature de la prestation	0 fois	1fois	2fois	3fois	4fois ouplus
a)consultation médicale					
b) CPN					
c)accouchement					
d) intervention chirurgicale					
e)vaccination					
f)achat de médicaments					
g) Analyse de labo					
Soins infirmiers					
h) PF					
i) autres					

Q21 Etes-vous prêts à y retourner pour les mêmes prestations ?1) oui/..../

2)non/..../

Si oui, pour quelle raison ?

a)tarif abordable /.... /

b) proximité/..../

c)accueil du personnel/..../

d) disponibilité du personnel/..../

e) rapidité du service/..../

f) médicament peu cher/.... /

g) autres à préciser/...../

Q22 Qui payent les agents du centre de santé ?1) l'état/..../ 2) la communauté/..../

3)prive/..../ 4) CSCOM

Q23 Comment trouvez-vous la qualité des soins et prestations fournies par le centre ?1) bonne/..../ 2)passable/..../ 3)mauvaise/..../

Q24 Quelles sont selon vous les faiblesses du CSCOM ?1) médecins/..../ 2)sages-femmes/..../3)infirmiers/..../4)laborantins /..../

99)autres/...../

QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AU PERSONNEL DU CENTRE DESANTE

Bonjour, je me nomme « IBRAHIMA TRAORE » je suis étudiant chercheur en médecine .je travaille sur le thème « Dynamique de l'engagement communautaire au sein des ASACO en commune VI du district de Bamako » .Vous avez été sollicités pour participer à cette étude .En tant qu'agent de sante, votre point de vue est important et peut aider à améliorer l'engagement communautaire dans le domaine sanitaire.

Nous vous remercions d'avance de votre participation.

Qualification :.....

Q1 Comment avez-vous intégrés le centre de santé ?.....

.....

Q2 Depuis quand travaillez-vous dans ce centre ?.....année

Q3 Etes-vous membre de l'ASACO ?1) oui/..../ 2)non/..../

Si non désirez-vous être membre de l'association ? 1) oui/..../ 2)non/..../

Q4 Etes-vous motives dans le travail ? 1)oui/.../ 2)non/.../

Si oui, par quoi ?.....

Q5 Est-ce que vous avez participes à la création de l'ASACO ou de son centre de santé ?1) oui/..../ 2)non/..../

Q6 Est-ce que vous avez déjà participer à des campagnes de sensibilisation communautaire dans votre aire de sante ?1)oui/.../ 2)non/.../

Si oui, la ou lesquelles ?.....

Q7 Avez-vous déjà été membre d'une équipe d'extension communautaire ?

1)oui/.../ 2)non/.../

Si oui, pour quel motif?.....

Q8 Est-ce que vous êtes soignés gratuitement au centre ?

Consultation :1) oui/.../ 2) non/.../

Médicaments :1) oui/.../ 2) non/.../

Soins : 1) oui/.../ 2)non/..../

Q9 Vos parents bénéficient-ils des avantages spéciaux dans leur prise en charge ?

1)oui/..../ 2)non/..../

Q10 Avez-vous convies d'autres personnes à adhérer à l'ASACO ? 1)oui/..../

2)non/..../

Q11 Quels sont vos critiques et suggestions pour la bonne marche du centre et de l'ASACO ?

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

GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE FOCALISE A L'INTENTION DES POPULATIONS

- 1) A votre avis qu'est-ce qu'une ASACO ?
- 2) Quel est le rôle de l'ASACO ?
- 3) Etes-vous adhérent à l'ASACO ?
- 4) Avez-vous déjà bénéficiés de ses prestations ?
- 5) Quel est l'importance des cartes d'adhésion ?
- 6) Qu'est-ce que le bénévolat ?
- 7) Le développement sanitaire passe t'il forcément par la participation communautaire ?
- 8) Quel est l'importance des activités d'IEC dans la commune ?
- 9) Quel est l'importance de la participation communautaire dans la promotion de la sante ?
- 10) Selon vous quel peut être l'importance des activités d'extension communautaire



Zertifikat Certificat

Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

ibrahima traore

a complété avec succès - has successfully completed

Introduction to Research Ethics

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

mai 5, 2015
CID : ybBXUd0P6m

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)



Zertifikat Certificat

Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

ibrahima traore

a complété avec succès - has successfully completed

Research Ethics Evaluation

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

avril 7, 2015
CID : K5VchwJTSh


Professeur Dominique Sprumont
Coordonateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)



Zertifikat Certificat

Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

ibrahima traore

a complété avec succès - has successfully completed

Informed Consent

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

mai 11, 2015
CID : RuD679erey

Professeur Dominique Sprumont
Coordonateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)



**Zertifikat
Certificat**

**Certificado
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

ibrahima traore

a complété avec succès - has successfully completed

Good Clinical Practice (GCP)

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

May 11th, 2015
CID : r1600W2b41

Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Program
Programme de Formation continue



Continuing Education Programs
Programmes de formation continue

GCP training program for investigator recognized by Swissmedic
Programme de formation GCP pour investigateur reconnu par Swissmedic

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch) - Université de Neuchâtel (www.unine.ch)



Zertifikat Certificat

Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants



Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

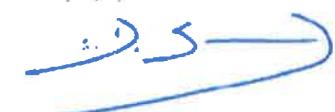
ibrahima traore

a complété avec succès - has successfully completed

HIV Vaccine Trials

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

May 11th, 2015
CID: cqAje3K2IP



Professeur Dominique Sprumont
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs
Programmes de formation/continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) (www.edctp.org) - Swiss National Science Foundation (www.snf.ch) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/2891.html>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) (www.samw.ch) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries (www.kfpe.ch)

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

DIRECTION NATIONALE DE L'EDUCATION NON FORMELLE ET DES LANGUES NATIONALES

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



ATTESTATION N° 13660 MEN/DNENF-LN

Je soussigné, le Directeur National de l'Education non Formelle et des Langues Nationales atteste que :

M. Jorahima Jigge
né (e) le 31/08/1988 à Sanfala Badiob
a régulièrement suivi la formation d'initiation à la lecture, à la transcription et à la méthodologie d'enseignement de la Langue Nationale: Bamanan
du 22/04 au 21/05/2015 à Bamako

En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de droit.

Bamako, le 1er Juin 2015
Le Directeur

Signature du titulaire

KALANKO MINISIRISO

MALI JAMANA

Fasojama kelen-Kurittinna Kelen-Daniya kelen

Fasokannakalan ni Fasokanw yiriwali Niemogoso



SEEREYASEBEN N° 13660 KM/FFYN

Ne, Fasokannakalan ni Fasokanw Yiriwali Niemogo, bi'a seereya ko:

Jorahima Jorawelle
min bangera... Sanfayela, 31/08/1988
ye kalanje, sebenni ani karamogokalan ke Jamanankan ni
ka bo Sanfayela, 22/04
ka taa se Mskelo, 21/05

O kama, n be nin seereyaseben in d'a ma.
Bamako 1er Juin 2015

Seereyaseben tigi bolono

Baarada Niemogo

Serment d'Hippocrate

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que 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 jamais de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !