

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

Université des Sciences, des Techniques  
et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° . . . . . DERSP/FMOS/USTTB

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi



SERSAP

# Mémoire

Master en Santé Publique

Option : Nutrition

Année Universitaire 2015 - 2016

Sujet

**INFLUENCE DES COMITES DES FEMMES UTILISATRICES  
SUR L'UTILISATION DES SERVICES DES SOINS MATERNLS  
ET INFANTILS.**

Présenté et soutenu le .....

Par :

**Dr Moussa Soumana**

Président :  
Membre :  
Directeur : Professeur Agory Ag IKNANE  
Co-directeur : Dr Mohamed Aly Ag Ahmed

Sponsor : Société d'étude et de recherche en santé publique

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACDI	Agence canadienne de développement internationale
ASACO :	Association de santé communautaire
CECI :	Centre d'Etude et de Coopération Internationale
CDO :	Conseiller en développement organisationnel
CFU :	Comité de femmes utilisatrices
CPN :	consultation prénatale
CPON :	Consultation post natale
CS :	Conseiller santé
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSREF :	Centre de Santé de Référence
CSSS :	Centre de Santé et des Services Sociaux
DRS :	Direction régionale de la santé
DRDSES :	Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire
DRPFEF :	Direction régionale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille
EFH :	Égalité femme / homme
FELASCOM :	Fédération locale des associations de santé communautaire
FENASCOM :	Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali
FERASCOM :	Fédération régionale des associations de santé communautaire
MAG :	Malnutrition aigue globale
MAM :	Malnutrition aigue modérée
MAS :	Malnutrition aigue sévère
MSHP :	Ministère de la santé et l'hygiène publique

MPFEF : Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille

MSAH : Ministère de la solidarité et l'action humanitaire

PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social

PF : Planification Familiale

PRSSD : Projet de renforcement du système de santé décentralisé

PMA : Paquet minimum d'activités

PRODESS : Programme de développement sanitaire et social

SERSAP : Société d'étude et de recherche en santé publique

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Mon épouse Chata Koné. Ta patience, tes encouragements, tes sacrifices sont sans limite. Ce travail est le témoignage de ton amour pour ton prochain. Tu es une épouse exemplaire. Merci pour tout. Que Dieu t'accorde prospérité, santé et longévité.

Mes remerciements vont également à l'endroit des :

Mes remerciements vont également à l'endroit de :

Mon Papa pour tous les sacrifices consentis pour ma réussite

Mon tonton Habibou Maiga pour ton soutien moral et financier

Mes frères : Issa, Ibrahim, Harouna , Abdoulaye,

Mes sœurs : Agueichatou, Fatoumata

Mes cousins : Ibrahim, Seydou, Abdourazack, Mahamadou

A tout le personnel du CSCOM ASACOCY

A toutes les femmes des comités CFU de Diema, de Bamako, Nioro du Sahel

A tous les camarades de la 4<sup>ème</sup> promotion du Master de santé publique

A tous le personnel socio sanitaire de District sanitaire de Nioro

A tous le personnel de la société d'étude et recherche en santé publique

A tout le projet MEDIK

A mon Directeur de mémoire Professeur Akory Ag Iknane

Toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce travail

**IN MEMORIUM**

Feue Alwassilatou Maiga : Merci maman pour tout ce que vous avez enduré pour je sois ce que je suis que Dieu t'accorde le paradis éternel. Que la terre vous soit légère.

## **RESUME :**

En 2010, les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible, 0,24NC/Hbt/an au Mali, 0,43 au Burkina Faso ; 0,30 au Bénin même si les infrastructures sont présentes.

Au Mali, il existe aujourd'hui de profondes disparités entre les hommes et les femmes en matière de réalisation des droits, afin de pallier à la sous-utilisations des services et la sous représentation des femmes que les comités de femmes utilisatrices des services du Cscm ont été créés.

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'effet des CFU sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.

L'étude a révélé une amélioration des indicateurs de la santé maternelle et infantile dans les Cscm avec des comités de femmes utilisatrices.

La mise à échelle des comités de femmes utilisatrices contribuerait à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali.

Mots clés : Comité de femmes utilisatrices, santé maternelle et infantiles, Cscm, indicateur de santé.

## **ABSTRACT :**

In 2010, studies on the health care system in sub-Saharan Africa reveal that the health district attendance rate is very low, 0.24NC / Hbt / year in Mali, 0.43 in Burkina Faso ; 0.30 in Benin even if infrastructure is present.

In Mali, there are now deep disparities between men and women in the realization of rights, in order to compensate for the under-utilization of services and the under-representation of women that committees of women users of Cscm services have been created.

The objective of this study was to assess the effect of CFUs on the use of maternal and child health services.

The study found improvements in maternal and child health indicators in Cscm with committees of women users.

The scaling up of women user committees would contribute to improving maternal and child health in Mali.

Key words : Committee of women users, maternal and child health, Cscm, health indicator.

## SOMMAIRE

<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	1
<b>2. OBJECTIF GENERAL</b> :.....	5
<b>3. Revue de la littérature</b> :.....	6
<b>4. Matériels et Méthodes</b> :.....	13
<b>5. Résultats:</b> .....	17
<b>6. Commentaires et Discussions</b> : .....	31
<b>7. Conclusion</b> :.....	34
<b>8. Recommandations</b> :.....	34
<b>9. Références bibliographiques</b> : .....	35
<b>10. ANNEXES</b> :.....	36

## **1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

À la création de l'OMS en 1948, l'objectif fondamental était d'amener tous les peuples du monde à un niveau de santé le plus élevé possible.

Le lancement de la stratégie des soins de santé primaire en **1978** à Alma-Ata en ex-URSS a permis, depuis lors, de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé.

À la mauvaise performance des systèmes de santé vient s'ajouter l'accès limité de la population aux services de santé primaires (dans certains pays africains, plus de la moitié de la population vit à plus de 10 km du premier centre de soins primaires) [1]

Afin d'apporter une réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé, les ministres africains, réunis à Bamako, du 9 au 16 septembre 1987, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation des Nations-Unies pour l'Enfance (UNICEF), ont adopté un ensemble de réformes politiques appelé « Initiative de Bamako »[2] L'Initiative de Bamako a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaire à prix abordable tout en maintenant les coûts et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics, en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs. En outre, elle a pour but de promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement des comportements néfastes.

L'Initiative de Bamako vise également à revitaliser les systèmes de santé en décentralisant le pouvoir décisionnel de l'échelon national à celui des districts, en réorganisant les services de santé de base, et en fournissant un "paquet minimum" de services de santé essentiels au niveau des unités de santé de base.

L'implication des communautés est un élément fondamental en ce qu'elle modifie l'équilibre des pouvoirs entre les prestataires de soins de santé et les usagers et impulse une gestion "novatrice" des systèmes de santé publique. De simples consommateurs passifs, les bénéficiaires des soins deviennent des partenaires actifs dont la voix compte.

L'une des principales mesures prises dans le cadre de l'Initiative de Bamako a été la création des Centres de Santé communautaire (Cscm) dont le premier a vu le jour en 1989 dans le quartier de Banconi, dans la Commune I du District de Bamako.

Le Cscm assure les soins médicaux de base et les vaccinations, fournit les médicaments, et réalise les accouchements simples ainsi que les consultations pré et post natales. Le Cscm doit également faire un travail de prévention et d'éducation sanitaire. En 2014, on dénombrait 1170 Cscm dont soixante-deux dans le District de Bamako.

En 2010, les études sur le système des soins de santé en Afrique subsaharienne révèlent que le taux de fréquentation des districts sanitaires est très faible, 0,24NC/Hbt/an au Mali, 0,43 au Burkina Faso ; 0,30 au Bénin même si les infrastructures sont présentes [3]

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 une Politique sectorielle de santé et de population qui ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. Cette politique a été reconfirmée par la Loi d'orientation sur la santé n ° 02 – 049 du 22 Juillet 2002 qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et performance du système de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique de santé, le Mali a développé son troisième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023. Ce nouveau plan, présente une approche nouvelle pour la prise en compte du secteur regroupant les domaines de la santé et du développement social qui ont été élargis à la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant. [4]

L'analyse de la situation nutritionnelle entre 2006 et 2012 montre que la prévalence de la malnutrition aigüe globale a diminué de 15% (EDS-IV 2006) à 13% (EDS-V 2012). Ces taux placent le Mali en situation sérieuse d'après la classification de l'OMS (OMS, 1995). La malnutrition a de graves conséquences sanitaires et mentales sur les enfants. La malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est en baisse dans tous les milieux à partir de 2006, mais reste encore élevée avec un taux de 38% en 2012. De fortes disparités subsistent entre milieux et entre régions ; le taux le plus élevé en 2010 a été observé à Tombouctou : 31%. Des enfants de 6-59 mois accusent un retard de croissance (EDS-V, 2012). Bamako et Sikasso ont connu des améliorations depuis la dernière enquête en 2006 ; cependant, les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti sont demeurées bien au-dessus du seuil critique avec respectivement 34%, 40%, 41% et 46 % des enfants ayant un retard de croissance. L'insuffisance pondérale, indicateur utilisé dans le cadre de l'OMD 1 (outre l'indicateur de la malnutrition chronique), plus précisément pour mesurer la pauvreté non-monnaire se situe autour de 27% bien loin des objectifs de 14% fixé pour 2015.

Quant aux carences en micronutriments, elles restent élevées. Les résultats de la dernière enquête EDS-V (2012-2013) indiquent que 82% des enfants de 6-59 mois dans les 5 régions du sud du pays et 51% des femmes entre 15-49 ans se trouvent être anémiques. L'analyse conduite par l'UNICEF a montré que 35% de décès infantiles sont associés à une forme ou à une autre de la malnutrition.[5]



La mortalité des enfants de moins d'un an a diminué de 96‰ en 2006 à 56‰ en 2013[5] La cible en 2015 est de 43,1‰. Cependant, le recensement général de 2009 donne un taux de 104‰. On est ainsi enclin à dire que cette mortalité n'a pas évoluée dans le bon sens. [5]

La mortalité infanto-juvénile, par contre, recule de 191‰ en 2006 à 95‰ en 2013 mais reste encore bien éloignée de la cible de 2015 qui est de 76,6‰. Le recensement général de la population et de l'habitat de 2009 quand à lui donne un taux de 154‰.

La mortalité maternelle doit être réduite de presque au quart, pour atteindre la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, de 582 décès pour 100 000 en 2001, elle a été réduite à 464 en 2006 selon les mêmes sources. Il faut noter qu'en 2009, la mortalité maternelle en milieu urbain était de 115,2 pour 100 000, ce qui est inférieure à la valeur cible alors qu'à la même période celle en milieu rural était supérieure à 550 pour 100 000 naissances.[5]

Selon le rapport de l'EDS V (2013), le rapport de mortalité maternelle est estimé à 368 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 464 en 2006. Malgré cette baisse, le niveau de mortalité maternelle reste encore très élevé au Mali. On est loin de la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes.

L'évolution à la baisse de la mortalité est en rapport avec l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés, du suivi prénatal et post-natal. La proportion d'accouchements assistés enregistre une légère augmentation régulière entre 2006 et 2009,55% contre 58%. L'écart entre milieux, entre régions est considérable. Dans le District de Bamako, la proportion atteint les 90% (supérieure à la cible de 84,8%) en 2011 alors que dans les régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal, la proportion atteint à peine 40%. Les consultations prénatales évoluent selon un schéma similaire. En effet, le recours aux consultations prénatales varie peu par rapport à l'âge de la femme. Cependant, on observe un écart important entre les milieux de résidence : en effet, les femmes vivant en milieu urbain (93 %) ont plus fréquemment consulté un professionnel de santé que celles résidant en milieu rural (69 %).[5]

Le taux de prévalence de l'excision au Mali est l'un des plus élevés d'Afrique subsaharienne [5] Selon l'UNICEF, au moins 80% des jeunes filles de moins de 5 ans subissent cette pratique qui entraîne fréquemment des complications sanitaires. La pratique de l'excision au Mali varie selon les ethnies et les régions. En 2008, elle était par exemple particulièrement importante dans les régions de Kayes (98,3%), de Koulikoro (97,4%), de Sikasso (94,7%) et de Ségou (92,2%), alors que dans la région de Mopti et de Tombouctou, elle est respectivement de 75% et de 44%. Dans les régions de Gao et de Kidal, l'excision ne concerne respectivement que 1,8% et de 0,9% des femmes. Malgré l'action de l'Etat et des

ONG, les normes sociales réglant cette pratique demeurent largement taboues et rigides au niveau communautaire. Par contre, la fécondité reste élevée et diminue très lentement. L'indice synthétique de fécondité (ISF) passe de 6,71 enfants par femme en 2000-2005 à 6,12 en 2010-2015. Le rapport de l'EDS 2012- 2013, indique qu'en moyenne, l'Indice Synthétique de Fécondité est estimé à 6,1 enfants par femme, alors que la cible en 2015 est fixée à 1,7. Par ailleurs, l'ISF est plus élevé en milieu rural (en moyenne, 6,5 enfants par femme) qu'en milieu urbain (5,0 enfants) [5]

Au Mali, le statut et le rôle des femmes et des enfants sont aujourd'hui formés sur une base complexe issue de traditions ancestrales d'une variété de communautés ethniques, croyances religieuses, etc. De manière générale et malgré des progrès récents, il existe aujourd'hui de profondes disparités entre les hommes et les femmes en matière de réalisation des droits

Il ressort enfin de l'analyse des politiques sectorielles des trois départements (MSHP, MSAH, MFEF) que les programmes de santé n'intègrent pas systématiquement le genre faute de vision stratégique nationale, de méthodologie et d'expertise. Les raisons invoquées sont les contraintes du devoir d'obéissance inscrit dans le code des personnes et de la famille, mais aussi la répartition par sexe du travail. Par ailleurs, le constat est que, généralement, les femmes ne sont pas ou peu représentées au sein des ASACO. On note également un problème de désagrégation par sexe des ressources humaines, ainsi que des lacunes de prise en compte de l'aspect genre dans la planification au niveau régional [5].

Afin de répondre de manière efficace aux défis de santé publique causés ou aggravés par des situations d'inégalité de genre

La Fédération Nationale des Associations de santé Communautaires(FENASCOM) du Mali avec le soutien de la Coopération canadienne et notamment du Programme de renforcement du système de santé décentralisé (PRSSD) en 2009, a initié et crée les premiers comités de femmes utilisatrices.

Les comités de femmes utilisatrices visaient à pallier à la sous-utilisations des services et la sous représentation des femmes.

D'où l'intérêt de la présente étude pour évaluer l'influence des CFU sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.

**QUESTION :** Les CFU contribuent- ils à l'augmentation de l'utilisation des services de soins des femmes et leurs enfants ?

**2. OBJECTIF GENERAL :** Evaluer l'effet des CFU sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.

**Objectifs spécifiques :**

1. Décrire l'organisation et le fonctionnement des CFU.
2. Comparer les indicateurs de la santé maternelle et infantile d'une aire de santé avec CFU et sans CFU
3. Comparer les indicateurs de nutrition d'une aire de santé avec CFU et sans CFU.

### 3. Revue de la littérature :( Etat Des Connaissances)

#### 3.1 .Généralités :

Depuis 1990, le gouvernement de la République du Mali a adopté et mis en œuvre une nouvelle politique sectorielle de santé et de population dont l'objectif général est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. Trois (3) objectifs spécifiques ont été assignés à cette nouvelle politique :

- l'amélioration de l'état de santé de la population afin qu'elle participe plus activement au développement socio-économique du pays ;
- l'extension de la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population ;
- la prestation des services de santé d'une manière viable et performante.

Cette politique de santé fondée sur une approche globale articulant les principes de soins de santé primaires, a lancé un vaste programme de création de centres de santé communautaires, créés et gérés par les communautés.

Cette approche a permis aux populations de s'organiser en associations de santé communautaire pour créer et gérer des centres de santé communautaire, premier niveau de recours aux services. De nos jours le Mali compte mille cent soixante dix (1170) ASACO à travers le pays et chacune d'elles a créé son CSCOM avec l'appui de l'État, des collectivités et/ou des partenaires techniques et financiers. Ces CSCOM demeurent la meilleure réponse aux problèmes de santé communautaire de leur création à nos jours en termes de proximité, d'accessibilité financière au PMA. [1]

L'analyse des problèmes de santé démontre aujourd'hui que malgré l'existence d'un nombre élevé de centres de santé communautaires, les objectifs ne sont pas toujours atteints pour des raisons tels que :

- l'insuffisance du personnel qualifié ;
- la pénurie en médicaments et matériels ;
- la faible participation des populations en général et des femmes en particulier dans la promotion de la santé.

En réponse à certaines de ces difficultés, plusieurs stratégies ont été développées.

Le CECI dans le cadre de la mise en œuvre du programme UNITERRA, financé par l'ACDI, a facilité un partenariat entre la FENASCOM et les CSSS de la Vieille-capitale et du Grand Littoral au Canada, à travers l'expérimentation d'un projet-pilote dénommé « Prévention et prise en charge communautaire de la malnutrition » qui a été développé dans les aires de santé de Dravéla/ Dravéla-Bolibana et de Yirimadio, respectivement en communes III et VI dans le District de Bamako. [6]

Les objectifs principaux de ce projet étaient de favoriser non seulement la mobilisation sociale et l'implication des femmes autour des activités des CSCOM et des ASACO ; mais aussi d'améliorer la réponse aux besoins de la population par la qualité des services, la fréquentation des CSCOM et le renforcement du PMA.

Les femmes étant les principales utilisatrices des services de santé, au Mali comme partout ailleurs, elles doivent par conséquent être informées des activités de l'ASACO et du Cscm et pouvoir les influencer, tout en respectant l'ASACO comme l'unique organe de gestion du Cscm.

Eu égard à ce rôle important que peuvent jouer les femmes dans le système de la santé et malgré des politiques favorables à la participation des femmes et l'existence de plusieurs projets d'appui, leur participation et leur représentativité demeurent très faibles dans les organes de gestion des structures de la santé communautaire (ASACO, FELASCOM, FERASCOM et FENASCOM).

Par ailleurs les organes de gestion des ASACO rencontrent diverses difficultés de fonctionnement telles que : la mobilisation de leurs communautés dans la résolution des problèmes locaux de santé communautaire, le faible membership ainsi que la faible appropriation de l'ASACO par les communautés.

Ainsi, pour favoriser un rapprochement entre les femmes et ces structures de santé, un comité de femmes utilisatrices a été créé dans les deux aires de santé impliquées dans le projet pilote (Dravéla/ Bolibana et Yirimadio), afin de renforcer leur participation au niveau des différents organes de gestion et mobiliser d'avantages les populations pour la promotion de la santé.

La stratégie d'égalité entre les femmes et les hommes (EFH) du PRSSD vise à ce que les femmes soient parties prenantes, comme actrices et bénéficiaires, des résultats attendus par rapport à la gouvernance/gestion, à la qualité, à l'accès et à l'utilisation des services décentralisés de santé. Pour ce faire, la stratégie s'articule autour des enjeux relatifs à l'EFH à la suite de ces résultats et vise des changements chez les femmes (confiance, capacités,

participation, représentation, accès/contrôle) et les communautés (reconnaissance, adhésion et soutien à la participation des femmes). En outre, dans une perspective de pérennité et dans l'esprit d'accompagnement du projet, la stratégie vise des changements au sein des structures partenaires (sensibilisation du personnel et des bénévoles, mise en œuvre de mesures, approches, stratégies) afin de les habiliter à développer et mettre en œuvre des approches stratégiques et opérationnelles soutenant de façon durable la participation des femmes et suscitant un environnement qui y est favorable.[7]

Les CFU sont des regroupements de femmes desservies par un Centre de Santé Communautaire Cskom), d'une aire de santé spécifique. [6]

Ils ont pour objectifs principaux :

- de promouvoir l'utilisation des services de santé des Cskom par les femmes (accouchements assistés, consultations prénatales, postnatales et planifications familiales),
- d'accroître la représentation et l'implication des femmes dans la gouvernance et les activités des Associations de Santé Communautaires (ASACO) et des collectivités territoriales, et ultimement,
- de renforcer l'autonomie des femmes, leur pouvoir de décision en lien avec leur santé. Les CFU se donnent également pour Mission de
- réduire les barrières à l'accès aux Services rencontrés par les femmes et promouvoir la prise en considération de leurs besoins pour améliorer la qualité des soins. Par ailleurs, les CFU cherchent également à
- contribuer à amener les professionnels de la santé, les organes de gouvernance et la communauté à mieux reconnaître le rôle des femmes et soutenir leur participation dans la gestion communautaire de la santé en contribuant en leur représentation accrue au sein des organes de gestion des ASACO et
- au renforcement des actions de mobilisation sociale autour du CSCOM pour une offre de services de santé de qualité.
- Ils œuvrent donc pour promouvoir l'accès équitable des populations aux soins de santé de qualité et la participation des femmes à leur santé.

Il faut préciser que les CFU n'ont pas pour vocation d'opposer les hommes et les femmes mais de créer une complémentarité et une synergie entre les deux dans le but d'améliorer la santé de la famille. Les CFU constituant une innovation sociale récente et à notre connaissance, spécifiquement malienne, il est difficile, à l'heure actuelle, de référer utilement à des travaux scientifiques ou de leçons dérivées d'expériences de CFU réalisées ailleurs, et

qui permettraient d'en documenter le processus de mise en œuvre, les interactions avec les acteurs communautaires ou institutionnels locaux, ou leurs retombées. Dans cette présente revue de littérature, nous utiliserons les rapports des différentes missions de terrain.

### **3.2. Facteurs d'adoption :**

La création des premiers CFU par la Fédération Nationale des Associations Communautaires (FENASCOM) du Mali en 2009, visait à pallier à la sous- utilisation des services et la sous-représentation des femmes. Depuis, les CFU ont été institutionnalisés.

Les constats préliminaires réalisées suggèrent que les CFU font face à de nombreux défis dans leur déploiement comme dans leur ancrage durable dans les milieux d'accueil. Les CFU sont d'abord et avant tout des dispositifs exogènes, amenés aux communautés par le biais de projets de coopération ou d'organisations non gouvernementales. Certes, les CFU sont dirigés et implantés par des femmes leaders issues des communautés concernées, et ceci s'accompagne nécessairement d'une forme de réappropriation locale du modèle générique proposé par ses promoteurs. On peut présumer que les relations que ces institutions innovantes entretiennent avec les autres acteurs du champ de la santé vont largement influencer cet ancrage et constituer un facteur conséquent pour les opportunités de partenariat nécessaire à leur durabilité. Or, la remise en question du partage social sexué des rôles et responsabilités, via le travail des CFU, semble exacerber certains rapports de pouvoir avec les institutions en place (ASACO), le personnel de santé et les hommes. On rapporte notamment l'expression d'une crainte des ASACO lors des premiers moments d'implantation des CFU, qui ont pu, à l'occasion, voir dans ces nouvelles institutions un organe destiné à les « remplacer ».

Les CFU s'activent par ailleurs à améliorer la qualité de l'offre de service et se chargent de rapporter les plaintes des femmes. Ces responsabilités auraient, semble-t-il, inquiété les prestataires de soins au moment de leur création. La nature même de ces institutions, regroupant des femmes en non-mixité, a également suscité des interrogations et craintes de la part des hommes à l'endroit des intentions des CFU. Le mandat, la structure ou le mode d'organisation en non-mixité des CFU ont fait l'objet de certaines résistances et il est possible que l'apparition et l'institutionnalisation de ce nouvel acteur social ait pu exacerber certains rapports de force latents. Plus encore, ces tensions pourraient être une manifestation des rapports de pouvoir en transformation à travers un processus d'*empowerment* des femmes. [8]

### **3.3. Membreship :**

Les CFU constituent une modalité d'intervention disposant d'un rôle central au sein du projet

PRSSD. Dans ces circonstances, leur efficacité préoccupe leurs promoteurs. Rappelons que l'un des mandats centraux des CFU réside dans leur contribution à l'amélioration de l'accès et l'utilisation des services du Cscm par les femmes. Le design des CFU voudrait qu'ils œuvrent à la fois du côté de la demande, pour sensibiliser les femmes et renforcer leur pouvoir d'agir, et du point de vue de l'offre, en se présentant comme les porte-paroles et représentantes activement impliquées des utilisatrices, pour promouvoir une meilleure adéquation des services aux besoins de leurs commettantes et une meilleure qualité des services. Par ailleurs, les membres de CFU bénéficient du fait de leur mandat, de formations ciblant le développement d'un leadership féminin en termes de représentation et de participation à la gestion communautaire de la santé. [8]

**3.4. Gouvernance :** comme toute association ou groupement, les CFU disposent d'un règlement intérieur déterminant le fonctionnement, la composition du comité et les attributions de chaque poste. Cependant les CFU n'ont pas de récépissé, car le CFU est considéré comme un outil de travail de l'ASACO. L'obtention du récépissé par le CFU pourrait créer un bicéphalisme à au sein de la même structure et amener un conflit d'intérêt dans la gestion de la santé communautaire. Les réunions du CFU se tiennent mensuellement et toutes les réunions sont sanctionnées par des PV.

Chaque CFU élabore et met en œuvre un plan d'action annuel avec l'appui de l'ASACO, de SLDSES et des partenaires.

Les décisions sont prises de façon démocratique sans influence d'une tierce personne. La gestion est transparente car le décaissement des fonds se décide en réunion de bureau et nécessite toujours la signature de deux membres du bureau. [8]

**3.5. Ressource :** les ressources du CFU proviennent du financement des partenaires (PRSSD, Fondation canadienne) de la cotisation de ses membres et des ressources générées par les AGR (vente de layettes, cuisine collective) les CFU reçoivent des appuis matériels et financiers de la part de certaines collectivités. Les CFU de Diema, Diawelcounda et Tichitt sont financés à hauteur de 1500000F/ an de la part du PRSSD, Ceux du yirimadio et Dravela reçoivent des subventions de la fondation Mme Armande. [8] La question qui se pose est quel mécanisme de financement des CFU en cas de retrait des partenaires à la fin de leurs interventions ?

**3.6. Activités :** les CFU mènent plusieurs activités [8]

- Sensibilisation des femmes pour l'utilisation des services du CSCOM ;
- Assainissement dans les quartiers, villages et hameaux ;
- Plaidoyer et de lobbying auprès de l'ASACO en rapportant les plaintes des utilisatrices des services du cscm ;



- Vente promotionnelle des layettes aux accouchées
- Cuisine collective par la vente de la première soupe aux accouchées et d'autres plats aux usagers ;
- Démonstration nutritionnelles dans les quartiers, villages et hameaux ;
- Mobilisation au tour du cscom par la vente des cartes d'adhésion..

### **3.6. Etapes pour la mise en place des CFU**

Pour parvenir à la mise en place d'un comité de femmes utilisatrices impliqué et reconnu dans son milieu et crédible aux yeux de tous les acteurs de la santé, plusieurs étapes sont nécessaires. [7].

- Mission d'identification des groupes cibles de femmes dans les aires de santé
- Atelier sur le processus d'implantation du CFU
- Restitution des résultats de l'atelier aux structures participantes
- Transmission de l'information dans les quartiers et villages de l'aire de santé
- Mise en place du CFU et élection des membres des organes de gestion
- Élaboration des Règlements intérieurs et du Plan d'action
- Formation des membres du CFU sur le système de santé communautaire
- Signature du Protocole d'entente et lancement des activités

Ce processus demande du temps pour chacun des acteurs concernés. Ce temps a été estimé à 106 jours (soit 3 mois et 16 jours), comparable à celui utilisé pour l'approche communautaire dans le cadre de la mise en place d'un CSCOM.

Même s'il est démontré que l'expérience des CFU est prometteuse en termes d'efficacité pour l'amélioration des services de santé et pour l'implication des femmes dans la gestion de la santé communautaire, pour plus d'efficacité et d'efficience il faut :

- Une responsabilisation de tous les acteurs de la santé
- Collaboration entre CFU et ASACO
- Des femmes leaders engagées
- Adhésion des populations
- Accompagnement de proximité
- Appui financier nécessaire pour le démarrage de l'activité inscrite dans le plan d'action des CFU.

Il n'en demeure pas moins que plusieurs défis sont à relever :

- Vision commune de la gestion de la santé communautaire

- Analphabétisme des femmes
- Étroite collaboration avec le Cscm et l'ASACO
- Accès à des ressources
- Alliance stratégiques dans le milieu .[7]

## 4. Matériels et Méthodes

### 4.1. Cadre de l'étude : District sanitaire de Nioro [9]

#### 4.1.1. Présentation :

**Superficie du cercle** : Le cercle de Nioro couvre une superficie de 11 060 Km<sup>2</sup>. Il est limité :

- A l'Est par les cercles de Nara et Diéma ;
- Au Sud par le cercle de Bafoulabe ;
- A l'Ouest par le cercle de Yélimané ;
- Au Nord par la République Islamique de Mauritanie.

#### **Population générale du cercle (DNP) :**

Le cercle de Nioro comptait une population de 282221 habitants en 2015, la population est composée majoritairement par les soninkés, les peulhs et les maures.

Le cercle compte 16 communes :

Trois (3) urbaines : Nioro, Youri et Troungoumbé ;

Treize (13) rurales : Guétéma, Simby, Sandaré, DiayeCoura, Gavinané, GadiabaKadiel, Nioro tougounéRangabé, Yérééré, Gogui, Diarrah, Diabigué, BaniréKoré et KoréraKoré.

#### 4.1.2. INFRASTRUCTURES ET LOGISTICS

Le CSREF dispose de trois véhicules de liaison en bon état et de 3 ambulances dont 2 en bon état et 1 en mauvais état.

Les locaux de la maternité du CSREF sont exigus.

L'absence d'unités pédiatrique, de réanimation et d'ORL.

#### 4.1.3. Personnel du Csref

Le district sanitaire de Nioro compte 188 agents composés de toutes les catégories socio – sanitaires allant des médecins aux manœuvres, cependant les matrones restent les plus nombreuses avec un effectif de 46 sur 188 soit 24% du personnel.[9]

#### 4.1.4. **Référence/évacuation**

La référence/évacuation a débuté dans le cercle de Nioro le 20 Octobre 2003, le système connaît des **atouts** :

- Acquisition d'une nouvelle ambulance en septembre 2015
- La formation du personnel en HBB/Préclampsie/CPNR.
- L'audit de tous les cas de décès maternels.
- L'organisation du transport de la femme du village au CSCOM dans 4 aires de santé (Diabigué, Sandaré, KoréraKoré et Simby).
- Dotation de 5 CSCOM en Moto Ambulance. (Tintiba, Monzombougou, DiayeCoura, Tourourou, Diarah).

#### **Défis** :

- L'approvisionnement régulier du DRC en Kit Césarienne ;
- L'extension du transport de la femme du village au CSCOM à d'autres aires de santé,
- La disponibilité permanente du sang au laboratoire.

#### **Difficultés / contraintes**

- Panne fréquente de l'ambulance
- Non paiement des quottes part par certains partenaires
- Retard dans l'évacuation des malades graves vers les hôpitaux pour soins intensifs par faute de moyens financiers (quotte part non à jour).

**4.2. Type d'étude** : il s'agit d'une étude mixte qualitative et quantitative.

Le volet quantitatif est une étude quasi- expérimentale cas témoin qui porte sur deux aires de santé du district sanitaire de Niore du sahel. Dans cette étude, nous cherchons à savoir l'effet du CFU sur l'évolution des indicateurs de santé maternelle et infantile.

Dans la première aire de santé il existe un comité de femmes utilisatrices des services du Cscm.

Dans la deuxième aire de santé il n'existe pas de comité de femmes utilisatrices des services du Cscm

A fin de minimiser les biais, Le choix des deux aires a été fait par choix raisonné sur la base de l'inexistence d'autres interventions qui puissent influencer nos résultats.

Le volet qualitatif nous permettra de documenter les informations sur les CFU afin de mieux comprendre toutes les questions relatives au CFU.

#### **4.3. Période d'étude :**

L'étude a porté sur les données de la période allant de janvier 2012 à décembre 2015.

#### **4.4. Population d'étude et échantillonnage**

##### **4.4.1. Volet qualitatif :**

Notre population d'étude était constituée par des informateurs potentiels en cherchant la plus grande diversité de points de vue possibles, pour nous renseigner et répondre à nos questions de recherche .Une mission de terrain et les différents documents produits sur les CFU nous ont permis d'identifier nos participants en fonction de leur rôle en tant qu'acteurs ayant été impliqués plus ou moins dans la mise en place des CFU. Ils seront constitués de quatre groupes : les femmes membres des CFU, leurs maris, les femmes non membres des CFU et les partenaires des CFU. Ces derniers sont constitués par les principaux interlocuteurs responsables des organisations partenaires des CFU telles que l'ASACO, les mairies et les services techniques de l'Etat. Chacune des quatre catégories de participants sera consultée en fonction des dimensions de nos questions de recherche pour lesquelles ils ont des connaissances privilégiées

**4.4.1.1. Critères d'inclusion** : Tous les participants doivent être des adultes. Pour les membres des CFU, il faut avoir la carte de membre ou avoir payé sa cotisation et avoir participé au moins à une activité.

Pour les non-membres, il faudrait n'avoir jamais adhéré ou avoir perdu sa qualité de membre. Pour les partenaires, il s'agirait des principaux interlocuteurs occupant certains postes de responsabilité au sein des organisations qui ont des liens avec les CFU.

**4.4.1.2. Critères de non inclusion** : N'étaient pas inclus dans notre étude, Pour les membres des CFU, les femmes n'ayant pas leur carte de membre ou n'ayant pas payé leur cotisation et n'avoir jamais participé à une activité du CFU. Pour les non membres, toutes celles qui ont qualité de membre au moment de l'enquête. Pour les partenaires, les membres des organisations n'occupant pas des postes de responsabilité en lien direct avec les CFU. Le choix du nombre de participants par catégorie a été fait de façon raisonnée.

**au total**, nous avons réalisé cinquante-cinq (55) entrevues à raison de onze (11) personnes par CFU inclus.

#### **4.5. Collecte des données :**

**4.5.1. Volet quantitatif** : la collecte des données s'est effectuée à partir des rapports trimestriels d'activité (RTA). La collecte a porté sur les données de la santé maternelle et infantiles (CPN3, Accouchements assistés, PF, PENTA 3)

En cas de données manquantes ou égarées, nous avons procédé au comptage manuel à partir des différents registres. La collecte a porté spécifiquement sur les indicateurs de la santé maternelle et infantile

**4.6.2 .Volet qualitatif** : Les techniques de collecte ont été diversifiées pour permettre une triangulation des données. Pour collecter ces données, nous avons consulté plusieurs documents, mené des entrevues individuelles semi-dirigées. Les entrevus ont porté sur les objectifs des CFU, les facteurs d'adoption, la gouvernance, les activités, les retombées, les résultats, le membership

#### **4.7. Analyse des données :**

**4.7.1 .Volet quantitatif** : A porté sur la mesure des indicateurs de santé maternelle et infantile (CPN3, les accouchements assistés, PF, consultation des enfants de – 5ans, le PENTA 3)

Au cours de l'analyse nous avons construits des tableaux, des diagrammes pour voir l'évolution des indicateurs ainsi que des tests statistiques de comparaison des indicateurs dans les deux aires.

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels : EPI data, Excel, SPSS.

#### **4.7.2. Volet qualitatif :**

Dans le cadre de notre étude nous limiterons à faire une synthèse des différents rapports de mission effectués sur le terrain a fin de tirer les informations nécessaires pour les besoins de l'étude.

#### **4.8. Considérations éthiques**

Le protocole a été validé par le comité d'éthique de la faculté de médecine de Bamako (Mali). Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu La confidentialité des informations personnelles est garantie. Aucun participant ne sera reconnu à travers les résultats de l'étude. L'accès à la base de données est limité.

## 5. Résultats :

L'étude quantitative a porté sur les données de deux Cscm du district sanitaire de Nioro du Sahel.

Le cscm de Diawelicounda avec un comité de femmes utilisatrices situé dans la ville de Nioro qui comptait 13005 habitants pour 8 agents de santé dont un Médecin et une sage femme. Le Cscm dessert deux quartiers et quatre villages dont le plus éloigné se trouve à 11km

Le Cscm de Awoiny sans comité de femmes utilisatrices est situé à 5km de la commune urbaine de Nioro et comptait 6340 habitants en 2015 pour 5 agents dont un Médecin. La maternité est tenue par une matrone, le Cscm dessert 7villages dont le plus éloigné est situé à 15 km.

**Tableau N° 1 :** Répartition des indicateurs de l'année 2012

INDICATEURS	POP CIBLE	EFFECTIFS OBTENUS		RESULTATS	
		Cscm avec CFU Pop Totale : 13357	Cscm sans CFU Pop Totale : 6273	Cscm avec CFU Pop Totale : 13357	Cscm sans CFU Pop Totale : 6273
CC - 5 ANS	22%	846	466	28,8%	33,8%
CPN3	5%	187	90	39,2%	28,7%
CPON	5%	216	114	32,3%	36,3%
ACC ASSITES	5%	236	193	35,3%	61,4%
PF	22%	150	33	5,1%	2,9%
PENTA 3	4%	473	267	88,6%	106,8%
BCG	4%	563	292	105,4%	92,9%
CPES	4%	1776	129	332,6%	51,6%
CC	100%	1981	1717	14,8%	27,3%
CPN1	5%	405	133	60,3%	42,3%

Les indicateurs de santé maternelle dans le Cscm avec CFU étaient meilleurs à ceux du Cscm sans CFU, par contre ceux de la santé infantile étaient meilleurs dans le Cscm sans CFU

**Tableau N° 2 : Répartition des indicateurs de l'année 2013**

INDICATEURS	POP CIBLE	EFFECTIFS OBTENUS		RESULTATS	
		Cscom avec CFU Pop Totale : 13839	Cscom sans CFU Pop Totale : 6500	Cscom avec CFU Pop Totale : 13839	Cscom sans CFU Pop Totale : 6500
CC - 5 ANS	22%	751	488	24,6%	34,1%
CPN3	5%	145	101	37,1%	31,%
CPON	5%	229	106	33%	32,6%
ACC ASSITES	5%	215	114	31,%	35%
PF	22%	122	42	4,%	2,9%
PENTA 3	4%	400	167	72,2%	64,2%
BCG	4%	443	259	79,9%	99,62%
CPES	4%	1736	00	250,8%	00,0%
CC	100%	1725	1537	12,4%	23,6%
CPN1	5%	272	179	45,%	55%

Les indicateurs du Cscom avec CFU sont pour la plupart meilleurs à ceux du Cscom sans CFU à l'exception de la CPN1 et des accouchements assistés



**Tableau N° 3 : Répartition des indicateurs de l'année 2014**

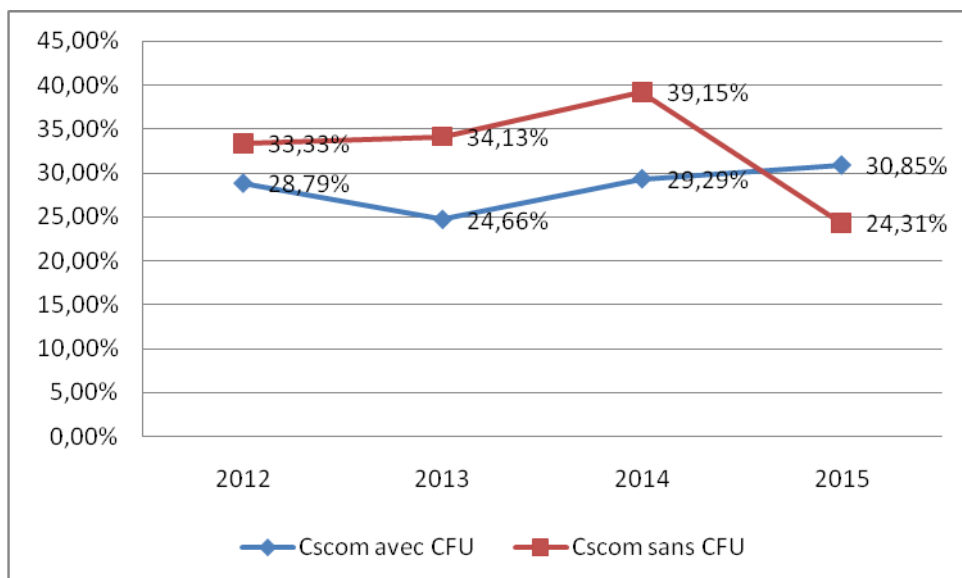
INDICATEURS	POP CIBLE	EFFECTIFS OBTENUS		RESULTATS	
		Cscom avec CFU Pop Totale : 13709	Cscom sans CFU Pop Totale : 5485	Cscom avec CFU Pop Totale : 13709	Cscom sans CFU Pop Totale : 5485
CC - 5 ANS	22%	883	475	29,2%	39,3%
CPN3	5%	150	86	30,8%	31,4%
CPON	5%	211	114	30,8%	41,6%
ACC ASSITES	5%	219	114	31,9%	41,6%
PF	22%	109	62	3,6%	5,1%
PENTA 3	4%	471	230	85,9%	105%
BCG	4%	520	264	94,8%	120,5%
CPES	4%	1118	00	163,2%	00,0%
CC	30%	2138	1448	15,6%	26,7%
CPN1	5%	304	191	44,3%	69,1%

Les indicateurs du Cscom sans CFU sont meilleurs à ceux du Cscom avec CFU

**Tableau N° 4 : Répartition des indicateurs de l'année 2015**

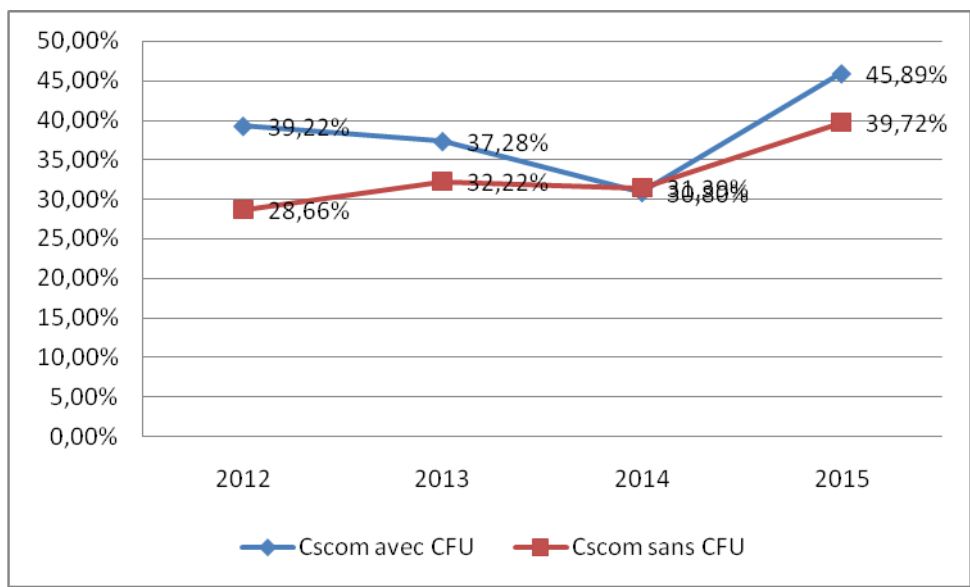
INDICATEURS	POP CIBLE	EFFECTIFS OBTENUS		RESULTATS	
		Cscom avec CFU Pop Totale : 14112	Cscom sans CFU Pop Totale : 5647	Cscom avec CFU Pop Totale : 14112	Cscom sans CFU Pop Totale : 5647
CC - 5 ANS	22%	958	302	30,8%	24,3%
CPN3	5%	250	112	45,8%	39,7%
CPON	5%	303	40	42,9%	14,1%
ACC ASSITES	5%	328	116	46,4%	41,1%
PF	22%	186	83	5,9%	6,6%
PENTA 3	4%	622	179	110,2%	79,2%
BCG	4%	734	184	130,14%	81,4%
CPES	4%	1517	00	214,8%	00%
CC	100%	2311	1545	16,3%	27,3%
CPN1	5%	502	188	71,2%	66,6%

Tous les indicateurs du Cscom avec CFU sont meilleurs aux indicateurs du Cscom sans CFU.



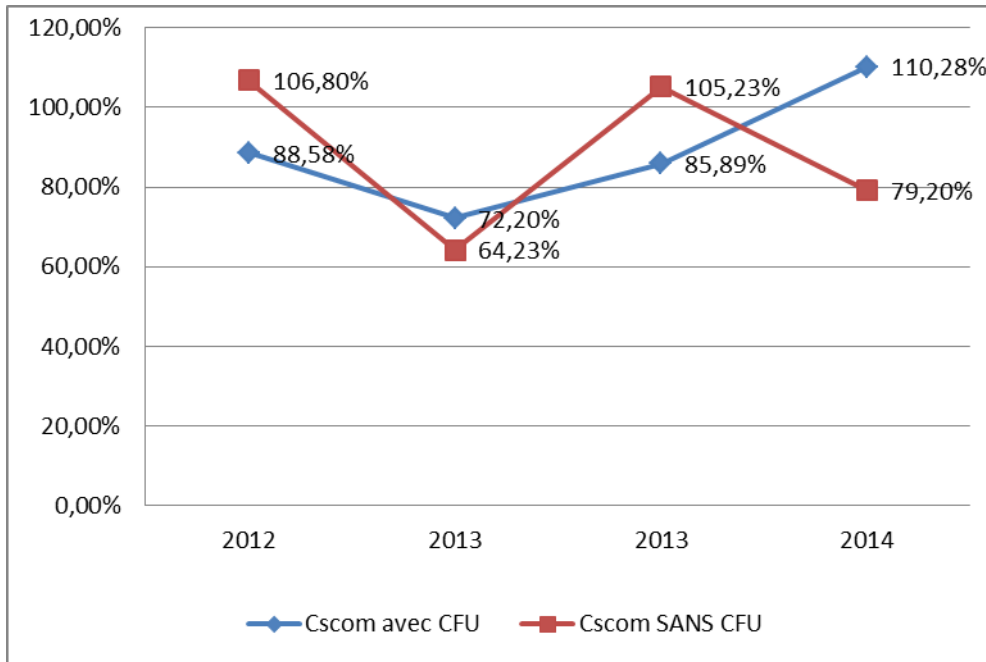
**Graphique I :** Comparaison Des Consultations curatives des enfants de –5 ans

Nous avons constaté une évolution de l'indicateur de 28% en 2012 à 30,85% en 2015 dans le CSCOM avec CFU et une régression de l'indicateur de dans le Cscm sans CFU.



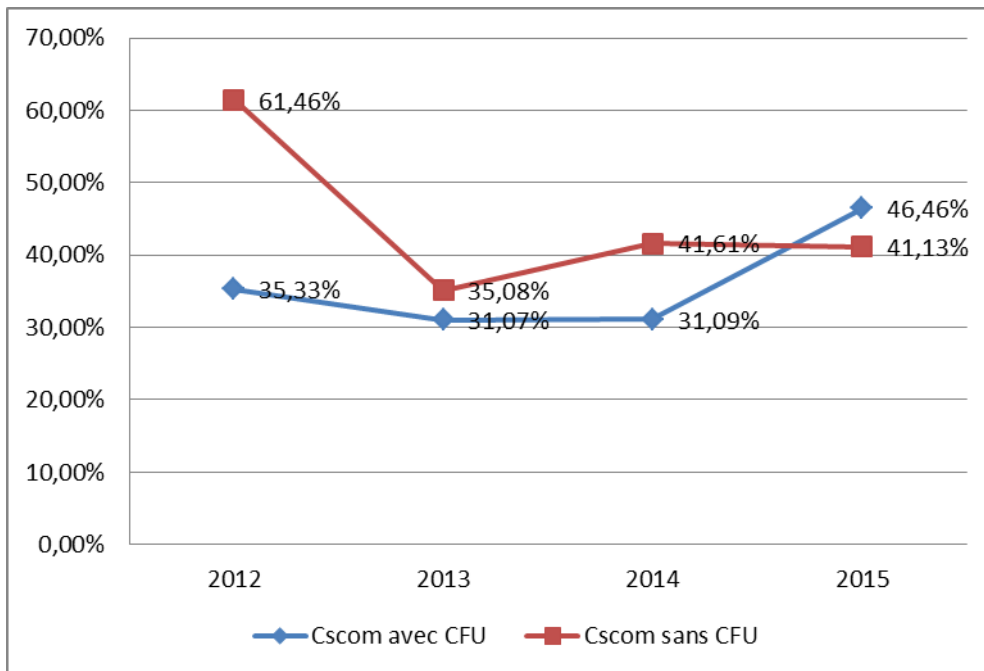
**Graphique II** : Comparaison des consultations prénatales 3 (CPN3)

Nous avons constaté une évolution de l'indicateur 28,66% en 2012 à 39,72% en 2015 dans le CSCOM sans CFU sans atteindre les prévisions cependant dans le CSCOM avec CFU les indicateurs ont évolués en dents de scie avec respectivement 39,22%, 37,28%, 30,80%, 45,89% en 2012,2013, 2014 et 2015.



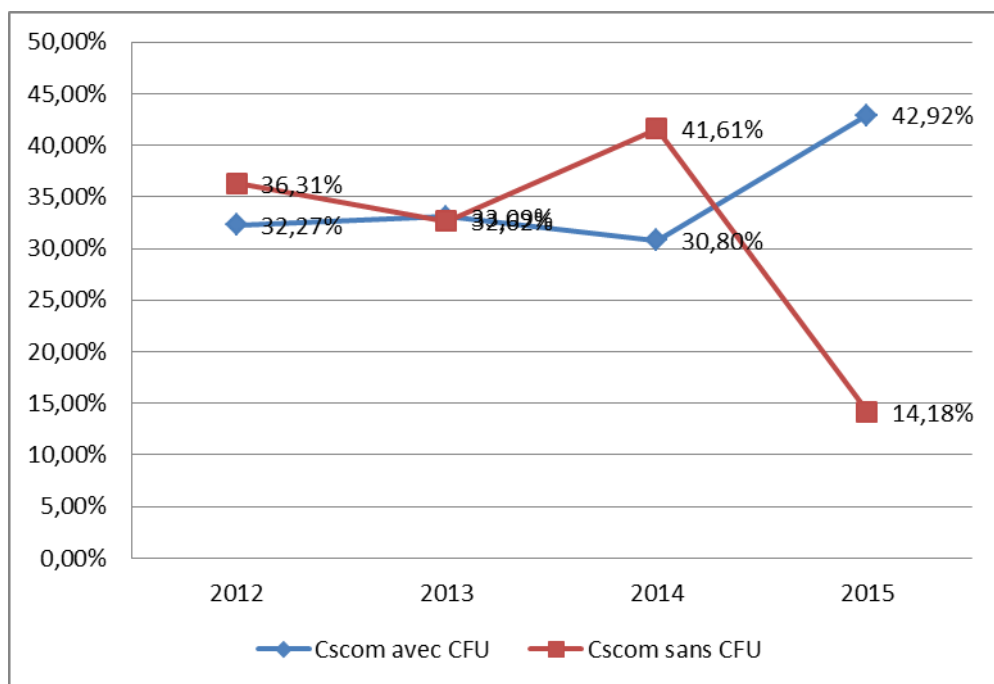
**Graphique III :** Comparaison du PENTA 3

Nous avons constaté une évolution en dents de scie dans les deux CSCOM avec respectivement 88,58%, 72,20%, 85,89% et 110,28% en 2012,2013, 2014, 2015 pour le CSCOM avec CFU et de 106,80% , 64,23%, 105,23% et 79,20% respectivement en 2012,2013,2014 et 2015 pour le CSCOM sans CFU.



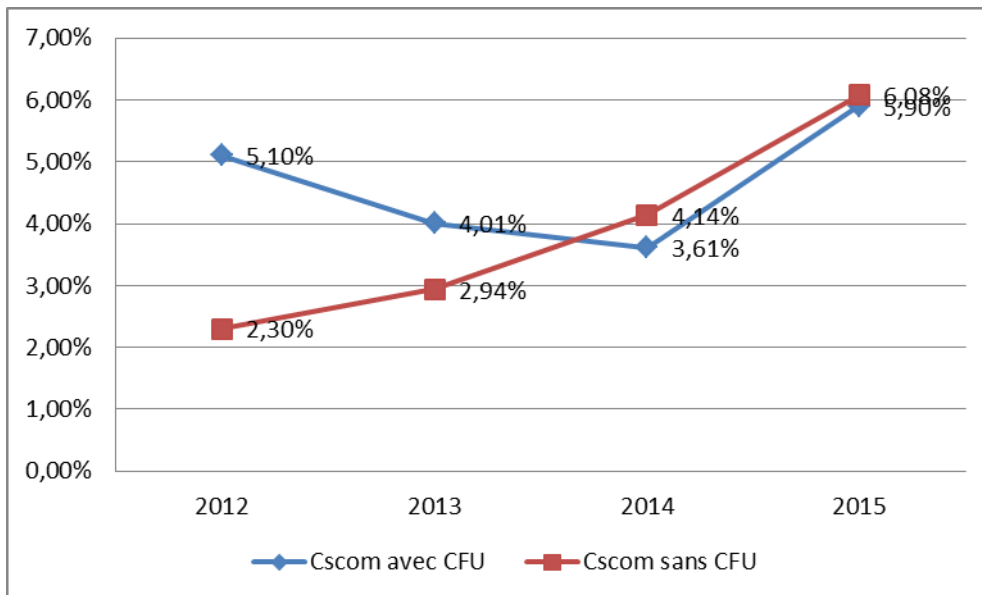
**Graphique IV :** Comparaison Des Accouchements Assistés

Dans Le Cscm avec CFU nous avons constaté une légère évolution de l'indicateur de 35,33% en 2012 à 61,46% en 2015 par contre dans le CSCOM sans CFU nous avons constaté une régression de l'indicateur de 61,46% en 2012 à 41,13% en 2015.



**Graphique V :** Comparaison des consultations post natales CPON

Nous avons constaté une évolution de l'indicateur dans le CSCOM avec CFU avec 32,27% en 2012 à 42,92% en 2015 par contre dans le CSCOM sans CFU, nous avons constaté une régression de l'indicateur de 36,31% à 14,18% en 2015.



**Graphique VI : comparaison de Planification familiale**

Dans les deux CSCOM nous avons constaté une évolution de l'indicateur de 5,10% en 2012 à 5,90% en 2015 dans le CSCOM avec CFU et une évolution plus marquée dans le CSCOM avec sans CFU de 2,39% à 6,08% en 2015.



**Tableau 5 : Indicateurs De Nutrition Du Cscm sans CFU**

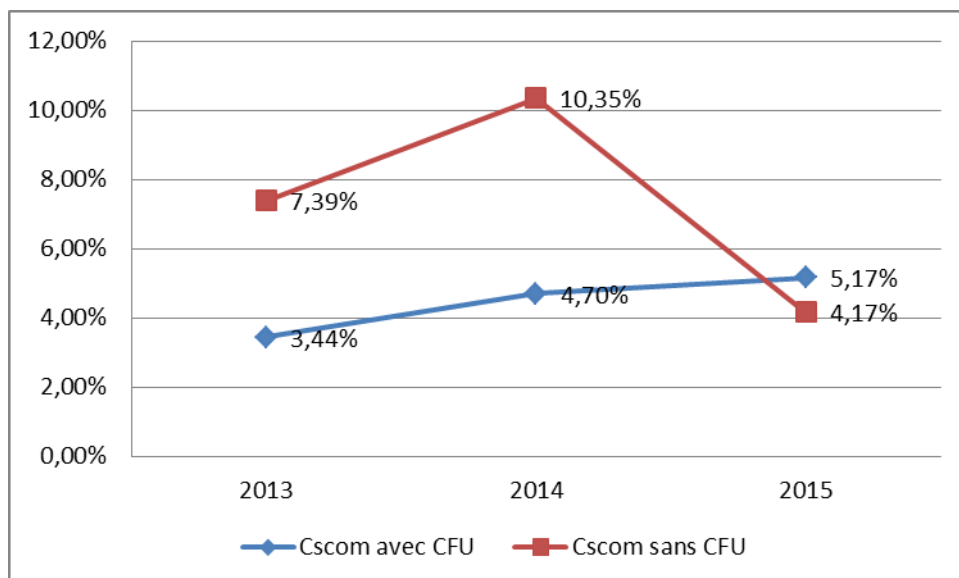
ANNEE	Pop cible	EFF MAM	Taux MAM	EFF MAS	Taux MAS	Taux MAG
2013	1430	134	7,39%	25	1,74%	11,11%
2014	1207	125	10,35%	105	8,69%	19,05%
2015	1242	51	4,10%	139	11,19%	15,29%

Nous avons constaté une augmentation exponentielle de taux de MAS qui est passé de 1,74% en 2013 à 11,19% en 2015, par contre nous avons observé une baisse de MAM qui est passé de 7,39% en 2013 à 4,10% en 2015.

**Tableau 6 : Indicateurs De Nutrition Du Cscm avec CFU**

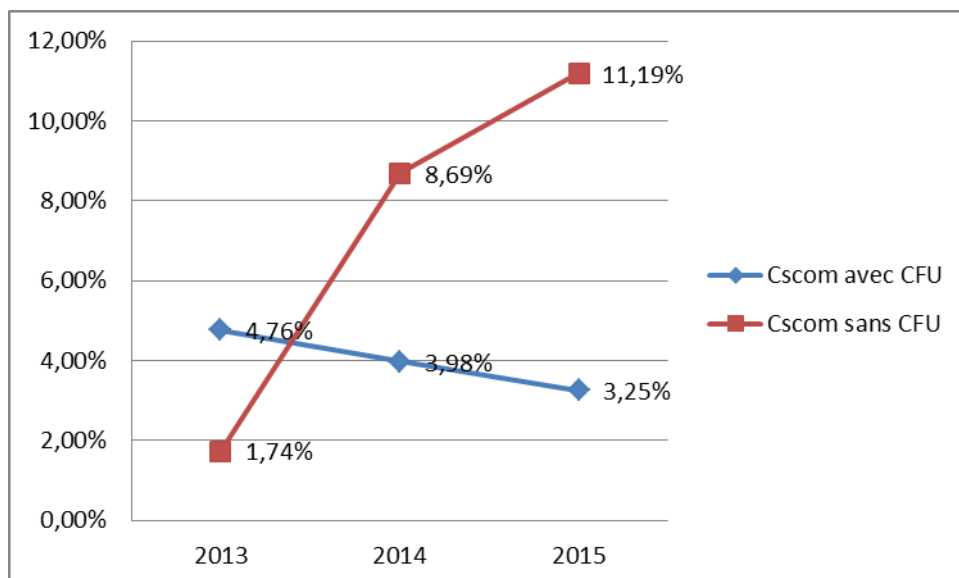
ANNEE	Pop cible	EFF MAM	Taux MAM	EFF MAS	Taux MAS	Taux MAG
2013	3045	105	3,44%	145	4,76%	8,21%
2014	3015	142	4,70%	120	3,98%	8,62%
2015	3015	156	5,17%	98	3,25%	8,42%

Nous avons constaté une baisse du taux de MAS qui est passé de 4,76% en 2013 à 3,25% en 2015, par contre le taux de MAM a connu une légère augmentation.



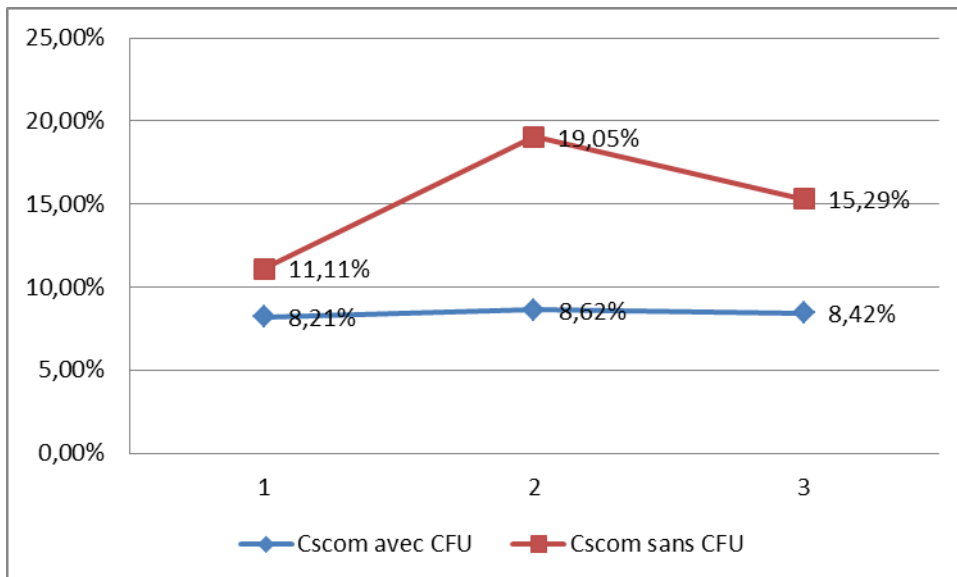
**Graphique VII : Evolution des indicateurs de malnutrition aigue modérée**

Nous avons constaté une baisse du taux de MAM dans le Cscm sans CFU qui est passé de 7,39% en 2013 à 4,17% en 2015 avec un pic de 10,35% en 2014.



**Graphique VIII :** Evolution des indicateurs de malnutrition aigue sévère

Nous avons constaté une augmentation exponentielle du taux de MAS dans le cscm sans CFU qui est passé de 1,74% en 2013 à 11,19% en 2015.



**Graphique IX :** Evolution des indicateurs de malnutrition aigue globale

Dans le Cscm sans CFU, nous avons constaté une augmentation du taux de malnutrition globale qui est passé de 11,11% en 2013 à 15,29%.

## **6. Commentaires et Discussions :**

6.1. Comparaison des données de la santé maternelle et infantile de l'aire avec CFU et de l'aire sans CFU

### **6.1.1. Consultation curative** des enfants de moins de 5 ans

Nous avons constaté une évolution des consultations curatives des enfants de moins de 5 ans dans le CSCOM avec CFU de 28,79% en 2012 à 30,85% en 2015, par contre dans le CSCOM sans CFU, nous avons constaté une régression de l'indicateur de 33,33% en 2012 à 24,32% en 2015. Cet état de fait peut s'expliquer par l'instabilité du personnel qualifié dans ce dit CSCOM. Dans le CSCOM avec CFU ce résultat pourrait s'expliquer par les effets des IEC menés par les femmes du comité CFU pour l'utilisation des services du CSCOM.

### **6.1.2. CPN3 :**

Dans le CSCOM avec CFU, nous avons constaté une évolution de l'indicateur de 39,22% en 2012 à 45,89% en 2015 ; par contre dans le CSCOM sans CFU nous avons observé aussi une progression de l'indicateur de 28,66% en 2012 à 39,72% en 2015. Ces taux sont tous inférieurs au taux du district sanitaire de Nioro qui était à 56,48%.[9]. Le taux du CSCOM avec CFU a atteint le taux fixé par le PRODESS III qui est fixé à 45% pour l'année 2015.[4]

### **6.1.3. PENTA 3 :**

L'indicateur a connu une évolution de 88,58% en 2012 à 110, 28% en 2015, ce résultat de 110, 28% pourrait s'expliquer par une sous estimation de la population.

Dans le CSCOM sans CFU, nous avons constaté une régression de l'indicateur de 106,80% en 2012 à 79,20% en 2015. Le résultat du cscocom avec CFU a dépassé les taux fixés par le PRODESS III qui était 92% pour l'année 2015[4] et le taux atteint par le district sanitaire de Nioro qui était de 95% pour l'année 2015[9].

La régression des résultats du CSCOM sans CFU pourrait s'expliquer par l'instabilité du personnel et l'existence d'une aire voisine dans laquelle on pratique le CASH transfert. Dans l'approche du CASH transfert on donne une somme de 1500 F à chaque femme qui amène son enfant pour une séance de vaccination.

### **6.1.4. Accouchement assisté :**

Dans le CSCOM avec CFU nous avons constaté une évolution de l'indicateur de 35,33% en 2012 à 46,46% en 2015. Ce taux a atteint celui du district sanitaire de Nioro qui était de 46,42% en 2015[9] sans atteindre le taux fixé par le PRODESS III qui est à 61% en 2015.[4].

Ce résultat pourrait être dû à l'effet des séances de sensibilisation organisées par le comité des femmes utilisatrices des services du CSCOM auprès des femmes dans les

quartiers, villages et hameaux. Le comité CFU met gratuitement à la disposition des femmes qui accouchent un kit d'hygiène, la première soupe et des layettes pour le bébé. Ces séances de sensibilisation ont considérablement baissées le nombre d'accouchement à domicile.

Dans le CSCOM sans CFU nous avons constaté une régression de l'indicateur de 61,46% en 2012 à 41,13% en 2015. Ce taux n'a pas atteint le taux du district sanitaire qui était de 46,42% en 2015[9] encore moins le taux fixé par le PRODESS III pour l'année 2015 qui était de 61% [9].

#### **6.1.5. CPON :**

Nous avons constaté une évolution de l'indicateur dans le CSCOM avec CFU, avec respectivement 32,27% et 42,92% en 2012 et 2015 ; par contre dans le CSCOM sans CFU nous avons observé une régression de l'indicateur de 36,31% en 2012 à 14,18% en 2015.

#### **6.1.6. Planification familiale :**

Nous avons constaté une légère évolution de l'indicateur dans le Cscocom avec CFU qui est passé de 5,10% en 2012 à 5,90% en 2015, ce taux a légèrement dépassé le taux du district sanitaire qui était de 5,44% en 2015 [9] et n'a pas atteint celui fixé par le PROSESS III qui est de 10% pour l'année 2015.[4].

Dans le CSCOM sans CFU nous avons constaté une évolution de l'indicateur qui est passé de 2,39% en 2012 à 6,08% en 2015. Cette évolution n'a pas permis d'atteindre l'objectif du PRODESS III pour l'année 2015 fixé à 10%.[4].

## **6.2. Comparaison des données de nutrition entre les deux aires**

### **6.2.1. Comparaison des données malnutrition aigue modérée (MAM)**

Dans le CSCOM avec CFU, nous avons constaté une légère augmentation du taux des MAM de 3,44% en 2013 à 5,17% en 2015, malgré cette augmentation ce taux reste inférieur à ceux du district sanitaire de Nioro et de la région de Kayes qui sont respectivement de 9,8% et 7,5%.[9].

Cette légère augmentation du taux pourrait s'expliquer par le fait que les femmes du comité font des séances de démonstration nutritionnelle et des séances de dépistage de masse en collaboration avec les relais de l'aire ce qui permet de référer à temps les enfants à risque ou malnutris vers le CSCOM. Au cours des IEC les femmes du comité CFU expliquent les signes de la malnutrition et exhortent les femmes à se rendre au cscocom pour la prise en charge qui est totalement gratuite.

Dans le CSCOM sans CFU, nous avons constaté une régression du taux de MAM qui est passé de 4,83% en 2013 à 4,17% en 2015. Cette régression pourrait s'expliquer par la démotivation des relais communautaires de la dite aire car d'après le DTC depuis un moment les relais ne font plus de dépistage et référence des enfants malnutris vers le CSCOM. Le relâchement

des relais est du au manque de motivation de ceux-ci par l'ASACO et la communauté car il était prévu de faire des motivations ponctuelles aux relais avant leur engagement.

### **6.2.2. Comparaison des données de malnutrition aigue sévère (MAS) :**

Dans Notre étude, nous avons constaté une augmentation exponentielle du taux de MAS dans le CSCOM sans CFU de 1,74% en 2013 à 11,19% en 2015. Ce taux dépasse les seuils de MAS fixé par l'UNICEF qui de 1,5% et celui du district sanitaire de Nioro qui était aussi de 1,5% au titre de l'année 2015 et à celui de la région de Kayes qui était de 0,9% en 2015.[9] Cette situation s'explique par le fait que le dépistage actif pratiqué par les relais est très timide, les enfants arrivent au CSCOM dans un état de malnutrition aigue sévère. L'autre aspect est que le dépistage passif des enfants lors des consultations médicales ne se fait pas de façon systématique. Par contre dans le CSCOM avec CFU, le taux de MAS a légèrement baissé, ce taux est passé 4,76% en 2012 à 3,25% en 2015.malgré cette baisse, i reste tout de même supérieur aux taux du district sanitaire de Nioro et de la région de Kayes qui sont respectivement de 1,5% et 0,9% [9]. Cette baisse pourrait s'expliquer par l'augmentation du dépistage et l'amélioration de la prise en charge des cas de MAM. Cette baisse pourrait s'expliquer également par l'engagement des relais communautaires et des femmes du comité CFU qui font des grands efforts en matière de dépistage et référence des enfants malnutris vers le CSCOM. En plus les relais et les femmes du comite CFU font également le suivi et la recherche active des enfants perdus de vu ou ayant abandonnés l'unité de prise en charge avant leur décharge Ce travail des relais en collaboration avec le comité des femmes utilisatrices à permis d'accroitre le nombre de MAM et par conséquent de réduire le taux des enfants MAS.

### **6.2.3. Malnutrition aigue globale MAG :**

Les résultats de notre étude ont montré une aggravation de la situation nutritionnelle dans le CSCOM sans CFU avec des taux allant de 11,11% en 2012 à 15,29% en 2015. Ce résultat reste supérieur au taux fixé par le PRODESS III pour l'année 2015 qui est fixé 13% [4] et à celui du district sanitaire de Nioro qui était 11, 3% selon SMART 2014. [9] IL reste également supérieur à celui de la région de Kayes qui était 8,4% en 2015. Ce résultat s'explique par le désengagement des relais communautaires par faute de motivation et la non réalisation du dépistage passif lors des consultations médicales. Par contre dans le CSCOM avec CFU nous avons constaté une stabilisation du taux de MAG passant de 8,21% à 8,42% respectivement en 2012 et 2015.[9] Ce résultat s'explique par une forte implication de relais communautaires de cette aire de santé et un engagement très fort du comité des femmes utilisatrices des services du CSCOM ; a ces deux facteurs s'ajoute une stabilité et une motivation du personnel du CSCOM.

**7. Conclusion :** au terme de notre étude qui a porté sur la comparaison des indicateurs de d'un Cscm avec un comité des femmes utilisatrices et d'un Cscm sans comité de femmes utilisatrices, nous avons constaté que dans le CSCOM avec CFU, il ya eu une amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile ainsi que ceux de la nutrition par rapport au CSCOM sans CFU.

Cependant, malgré cette amélioration des indicateurs dans le Cscm avec CFU, la plupart des indicateurs n'a pas atteint le niveau fixé par le PRODESS III pour l'année 2015.

**8. Recommandations :** au terme de notre étude de recherche nous recommandons

- ✓ La mise a échelle des CFU dans toutes les aires de santé
- ✓ Initier d'autres études de recherche par rapport aux CFU
- ✓ Faire une bonne tenue des supports des données
- ✓ Intégrer les données de nutrition dans les RTA
- ✓ Instituer une motivation pour les relais communautaire
- ✓ Faire une bonne estimation des populations des différentes aires de santé
- ✓ Recruter du personnel qualifié au niveau des aires de santé.



## 9. Références bibliographiques :

1. Kalossi F : Etude de la morbidité et de la prise en charge des cas au cscom des logements sociaux de yirimadio. Thèse médecine (Bamako, 2016)
2. Wikipedia. Initiative de Bamako. (2014). at [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Initiative de Bamako&oldid=100481433](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Initiative_de_Bamako&oldid=100481433)
3. **MBOTI S A.** Déterminants de l'utilisation des Services de sante par les femmes au Cameroun (1998-2004) : une approche visant à réduire le Risque de mortalité maternelle.
4. SECRETARIAT PERMANENT DU PRODESS: **programme de développement Socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III)**
5. Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Institut National de la Statistique (INSTAT), INFO-STAT & ICF International. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. 577 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2014).
6. FENASCOM : Guide d'implantation Des comités de femmes utilisatrices des services du cscom (CFU)
7. Projet de Renforcement Décentralisé du Système de Santé : Capitalisation des CFU de Diema et de Nioro du Sahel dans la region de Kayes.
8. SERSAP : rapport de mission dans les aires de santé avec CFU, mali 2016.
9. Csréf de Nioro. Monographie du district sanitaire de nioro année 2015.
10. Mémoire Online - Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi - Affable IZANDENGERA ABINTEGENKE. *Memoire Online* at [http://www.memoireonline.com/01/12/5102/m\\_Facteurs-determinants-la-faible-utilisation-des-services-des-soins-curatifs-dans-la-zone-de-sante5.html](http://www.memoireonline.com/01/12/5102/m_Facteurs-determinants-la-faible-utilisation-des-services-des-soins-curatifs-dans-la-zone-de-sante5.html)
11. Diarra, A. Evaluation du centre de sante communautaire de Yirimadio de la commune VI du district de Bamako. Thèse médecine (Bamako, 2010).
12. Kanta M : utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué cercle de kolokani. Thèse médecine (Bamako, 2007).
13. Arsenault, C : Accès aux soins obstétricaux d'urgence au Mali : dépenses catastrophiques et conséquences au sein des ménages. Mémoire (Mali, 2012)

## 10. ANNEXES :

### Annexe 1 : Canevas Entrevues semi-structurées : Membres des CFU

1. [**Généralités CFU**] Pourriez-vous nous parler de la manière dont les CFU ont commencé ou sont arrivés dans votre localité ?

1.1. Quel est l'objectif des CFU ?

1.2. Avez-vous été **impliquée** dès le début des CFU ? Quelle a été votre implication ?

1.3. Avez-vous eu à ce moment là l'occasion d'émettre des **propositions** ou Recommandations ? Lesquelles ? Ont-elles été prises en compte ?

1.4. Quelles ont été les **réactions** au moment de l'émergence des CFU de la part des Acteurs de la communauté (maris et chefs de famille, personnel de santé, membres des ASACO, mairies) ? (ex : rejet, dédain, réticence, neutralité, dispositions favorables, Encouragement, implication forte, protection, etc.) ?

*Sondage : pour chacun des acteurs, essayé d'avoir des exemples de situations concrètes. Demander si la répondante a une idée des raisons expliquant ces réactions.*

1.5. Et aujourd'hui, ces acteurs ont-ils des réactions ou une attitude différente ?

1.6. Comment ont réagi les femmes de la communauté ? Pourquoi ?

1.7. Est-ce que vous croyez que ça c'est aussi passé comme ça dans d'autres CFU ?

1.8. Et vous-mêmes, quelle est votre opinion générale sur le CFU ? Êtes-vous satisfaite d'en être membre ? Pourquoi ?

*1.9. Sondage : attitude, motivations, engagements, opinions, comportements, confiance*

2. [**membership**] Par quel processus êtes-vous devenue **membre** du CFU

Sonde : quelles étaient/sont vos **motivations** ?

2.1. **Qui** peut être membre du CFU ? Quels sont les **critères** d'adhésion ?

2.2. D'après vous, les membres des CFU sont-elles **représentatives** de l'ensemble des femmes des communautés ? En quoi elles le sont ? En quoi elles ne le sont pas ?

*Sondage : leadership, éducation, se sentir autorisé à représenter quel autonomie)*

2.3. D'après vous, est ce que toutes les communautés adhèrent aux CFU ?

Les villageois ? Les peulhs ? Les Sarakollés ? Les Arabes ? Autres communautés ?

*Sonder s'il y a une communauté qui prend le lead et pourquoi ?*

3. [**gouvernance**] Pouvez-vous m'expliquer l'organisation de votre CFU ?

24

3.1. Quel est le rôle du comité ? De la présidente ?

3.2. De quelle manière s'opère la distribution des **rôles** au sein du CFU ?

3.3. Comment les **décisions sont-elles prises** au sein du CFU ? Qui sont les membres qu'ont le plus **d'influence** et pourquoi, d'après vous ?

3.4. À votre avis, est-ce que votre CFU est dirigé d'une manière qui ressemble à celle des autres CFU ? Justifiez.

3.5. Est-ce que vous avez participé à la rédaction d'un plan d'action annuel ? Comment at-il été préparé ? Qui d'autre était impliqué ? Qu'avez-vous pensé de la manière de Procéder ?

3.6. Avez-vous le sentiment que les membres des CFU ont eu toute la liberté requise pour Préparer un plan d'action comme ils voulaient ? Est-ce que les autorités ou un projet Extérieur ou une ONG ont aidé à la rédaction du plan d'action ?

3.7. De quel soutien bénéficient les CFU pour la gestion ? Comment se passe ce soutien ?

4. [**ressources**] Quelles sont les **ressources** mobilisées pour la mise en œuvre des activités ?

4.1. Qui sont les personnes (ressources humaines) qui se sont impliquées ?

4.2. Avez-vous reçu de l'argent ou de l'aide pour réaliser les activités ? De qui ?

4.3. Est-ce que le CFU a reçu autant de ressources qu'espéré ? Justifiez.

4.4. Pour les membres qui contribuent au CFU, combien faut-il payer ? D'où provient

L'argent des cotisations (de l'homme ou de la femme) ?

4.5. Dans quelle mesure les cotisations sont-elles abordables pour les familles ?

4.6. Savez-vous si les personnes travaillant dans le CFU ont reçu des formations ? Si oui, de quelles formations il s'agissait ? Qui pouvait participer à ces formations ? Qu'en ont pensé les femmes qui y ont participé ? Et vous, qu'en pensez-vous ?

5. **[activités]** Parlons un peu de ce que fait votre CFU

5.1. À quels besoins des femmes ou d'autres membres de la communauté les CFU répondent-ils ? D'après vous, est-ce que ces besoins sont véritablement **perçus/vécus** par les femmes qui sont concernées ? Et par les membres de la communauté (maris, Professionnels de santé, membres des ASACO, autorités politiques, etc.) ?

5.2. Y a-t-il des besoins qui devraient être comblés par les CFU mais qu'ils ne touchent pas pour l'instant ? Lesquels ?

5.3. Quelles sont les **activités** réalisées par le CFU ? **Comment** ces activités sont-elles  
25

Mises en œuvre (lieu, modalités d'information, quand, contenu) ? À quel rythme ? Par qui ?

5.4. Est-ce que certaines activités rencontrent plus de succès que d'autres ? Lesquelles ? Pourquoi ? Quelles sont celles qui rencontrent moins de succès ? Pourquoi ? Comment Pourrait-on améliorer les choses ?

5.5. Qu'est-ce que le CFU fait pour que d'autres femmes de la communauté en deviennent membres et y participent ?

5.6. De quelles manières les CFU favorisent la participation et la représentation des femmes au sein des organes de gestion communautaire de la santé ?

5.7. La mise en œuvre des activités tient-elle compte des contraintes liées aux conditions de vie des femmes (horaires, proximité géographique, charge de travail) ? Est-ce qu'il y a des choses qui devraient ou pourraient être faites différemment ?

5.8. Quelles sont les principales difficultés que le CFU et ceux qui y travaillent rencontrent (mise en œuvre des activités, prise de décision, processus d'adhésion, leadership) ?

5.9. Comment le CFU collabore-t-il avec les acteurs de la communauté ? (ASACO, CSCOM, services techniques, municipalités) En quoi consiste cette collaboration ? Comment les choses se passent-elles avec ces organisations ?

5.10. Est-ce que les personnes qui mènent des activités avec le CFU sont payées ? Vous mêmes,

Avez-vous été payée par le CFU ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

5.11. Comment vous trouvez le fonctionnement de votre CFU ? Est-ce qu'il correspond à vos attentes ? Est-ce qu'il vous convient ? Souhaiterez-vous changer quelque chose dans le fonctionnement ?

5.12. A votre avis, est-ce que votre CFU fonctionne d'une manière qui ressemble à celle des autres CFU ?

6. **[Évolution du CFU]** Maintenant nous voulons comprendre l'évolution de votre CFU depuis

sa création. Depuis sa création, est-ce que le CFU a dû modifier certaines choses sur vos Pratiques pour s'adapter à la réalité locale ? Comment et pourquoi ?

*Sonde : gouvernance, prestations, ressources, gestion*

6.1. Est-ce que ces modifications ont eu un effet sur les relations qu'entretient le CFU avec les autres acteurs ? Lequel ?

7. **[résultats]** Selon vous, est-ce que vous pensez qu'en général les CFU ont apporté quelque chose à la communauté ? Lesquelles ? Pourquoi ?

7.1. Est-ce que vous pensez que le CFU est bien accepté par les femmes ? Est-ce qu'elles  
26

Sont plutôt satisfaites de ce que le CFU fait ? Est-ce qu'il y aurait des choses à faire Différemment ou mieux ? Par exemple ?

- 7.2. Est-ce que les choses ont changé pour les femmes du village depuis que le CFU est là ? Qu'est ce qui a changé ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- 7.3. Comment ces changements sont-ils perçus par la communauté, les gestionnaires et les Décideurs ? Et par les époux ?
- 7.4. Est-ce qu'on a l'impression que les besoins des femmes sont davantage considérés Maintenant ? Par qui ? Pourquoi ? Est-ce que leur voix est plus écoutée ? Par qui ?
- 7.5. Est-ce que vous pensez que les femmes s'impliquent davantage maintenant dans le CFU ? Est-ce que c'était comme ça depuis le début des CFU ? Qu'est ce qui fait que Certaines s'impliquent ? Qu'est ce qui fait que certaines ne s'impliquent pas ? Est-ce que vous pensez que certaines femmes aimeraient s'impliquer mais rencontrent des contraintes qui les empêchent de le faire ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- 7.6. Est-ce qu'il y a maintenant plus de femmes qui s'impliquent dans l'ASACO ? Dans D'autres organisations ? Avez-vous des exemples précis à nous donner ?
- 7.7. Avez-vous observé des changements dans la communauté depuis l'arrivée du CFU ? Lesquels ? Avez-vous des exemples à nous donner ? Est-ce que le fait que des femmes S'impliquent plus dans les ASACO ou d'autres organisations a changé quelque chose ? Quoi ? Pourquoi
- Sonde* : rapports femmes-hommes ; rapports de force ; participation accrue des femmes ; représentation quantitativement élargie ; prise de conscience collective, estime de soi, distribution du pouvoir, responsabilité confiées ou prises par les femmes, prise de décision.
- 7.8. Est-ce que les femmes utilisent plus les services de santé maintenant ? Si oui, quels services exactement ? Pourquoi ?
- 7.9. Qu'est ce qui a changé en rapport avec l'accouchement des femmes ?
- 7.10. Est-ce que vous pensez qu'il va y avoir des retombées concrètes sur la santé des femmes Lesquelles par exemple ?
- 8. Facteurs favorisant l'adoption** des CFU par les acteurs de la communauté.
- 8.1. Selon vous, qu'est ce qui a fait que le CFU a pu démarrer dans votre village ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont facilité son apparition et après son démarrage ?
- 8.2. Qu'est ce qui fait qu'un CFU qui ouvre dans un village va être plus facilement accepté ?
- 8.3. Qu'est ce qui fait qu'un CFU qui ouvre dans un village va être plus difficilement accepté
- 8.4. Qu'est-ce qu'il y aurait pu y avoir de plus dans le village pour que plus de gens acceptent le CFU ou utilisent ses services ?
- 8.5. Supposons que vous deviez à votre tour conseiller des villageois voulant créer un CFU.
- 8.5.1. Quelles conditions vous leur recommanderiez de réunir d'abord ?
- 8.5.2. Qu'est-ce qu'il faudrait absolument éviter pour ne pas retarder ou rendre plus Difficile l'ouverture ou le fonctionnement de ce CFU ?
- 8.6. Selon vous, qu'est ce qui aiderait dans le futur, votre CFU à être encore mieux accepté dans la communauté et à bien durer ?

## Annexes 2 : Personnel du District sanitaire de Nioro du Sahel

Qualification	Csref	Cscom	Autres structures	Total	Besoin
Médecins	5	2	7	16	15
Pharmaciens	1	0	4	5	1
Assistants médicaux	5	0	0	5	3
Sages femmes	5	1	3	9	25

Infirmiers d'état	7	9	2	14	17
Infirmières obstétriciennes	2	8	0	9	17
Infirmiers sante publique	7	9	2	14	17
Aide soignants	2	23	2	27	3
Matrones	2	39	2	43	0
Gérants	2	26	8	36	0
Comptables	1	0	0	1	2
Chauffeurs	4	5	0	9	1

Personnel du service local de développement social et de l'économie solidaire

Catégorie	Nombre
Administrateurs action social et assimilés	2
Techniciens supérieurs	1
Total	3

Annexe 3 : Carte sanitaire du district sanitaire de Nioro du sahel

