



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION D'UN MBA EN GESTION
DES SERVICES DE SANTE (MBA-GSS)**

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

27^{ème} PROMOTION /Année académique 2016-2017

THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DU COMITE
DES FEMMES UTILISATRICES DES SERVICES DE SANTE(CFU) DE
DOUGABOUGOU DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE MARKALA
(Région de SEGOU au MALI)**

Présenté par :

Dr Nema DIALLO

Dirigé par :

Dr Khady SECK DIOP
Enseignante associée au
CESAG

DEDICACES

Ce travail est dédié à :

Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux ; par sa grâce, sa bonté et sa générosité et son prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ;

A mon père Feu Issiaka DIALLO, merci d'avoir investi à l'éducation de tes enfants ;

A ma mère Djeneba COULIBALY, la courageuse pour nous avoir soutenu, dans notre éducation et à celle de nos enfants ;

A mon frère, ami et beau -frère Feu Jean Louis COULIBALY qui a fait toutes mes démarches professionnelles de ma soutenance de thèse de médecine jusqu'à ce projet de CESAG, tu m'as abandonnée en si bon chemin en ce jour douloureux du 28 mars 2017, que ton âme repose en paix éternelle. Merci pour tout ;

A mon Directeur Dr Adama Baridian DIAKITE, ex Directeur Régional de la Santé, actuel conseiller du ministre de la santé, l'initiateur de ce projet, je vous souhaite beaucoup de bonheur, très cher.

A mon Médecin chef Boubacar Oumar TOURE qui m'a soutenue tout au long de cette formation.

A mes enfants Tata, Mohamed Aly, Moussa Balla que Dieu vous bénisse, merci de votre patience.

A mon frère et ami Dr Mangara Dumbia, merci pour ta soif de transmettre tes connaissances.

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

A ma **Directrice de mémoire Dr Khady Seck DIOP**, merci pour toutes ces valeurs sociales, professionnelles que vous inculquez à la jeunesse, vous êtes un modèle pour toutes les femmes africaines, plein de succès à vous.

A tout le personnel de la Direction Régionale de la santé de Ségou avec à sa tête **Dr Gabriel GUINDO**.

A tout le personnel du CSREF de Markala, en particulier Dr **Dramane FOMBA**, Médecin chef merci pour tout ton respect à ma modeste personne.

A tout le personnel du CSCOM de Dougabougou, et aux membres du bureau de l'ASACO,

A tous les membres du bureau CFU de Dougabougou, pour votre courage.

A mes frères et sœurs qui m'ont soutenue dans cette aventure.

A **Mme SARR Madjiguène Khady** et sa collaboratrice **Charlotte TURPIN**.

A **Assitan TRAORE** et son fils **Cheick Mohamed SIDIBE**.

A tous les stagiaires de la 27eme promotion « **Colonel Cheick FALL** », et son **président Bema Drissa KONE** Particulièrement à tous les stagiaires du **MBA-GSS** et son **gouverneur Bohoussou K. SAIMPLICE**

A toute la communauté Malienne du **CESAG** et de **l'AMEPHASE** à travers son **président**, mon frère **Salif KONE**, merci pour tout.

A tout le personnel de la pharmacie Bintou **SACKO**, et à toute la famille **DIALLO** à Markala

A vous tous de près ou de loin, qui avez contribué à ce travail une fois de plus Merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACDI : Agence Canadienne pour le Développement International

AS : Aide -soignant

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOBA : Association de Santé Communautaire de Banconi

ASC : Agent de Santé Communautaire

CFU : Comité des Femmes Utilisatrices des services de santé

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement Textile

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSCR : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté

CSLRP : Cadre Stratégique de Lutte et de Réduction de la Pauvreté

CSREF : Centre de Santé de Référence

DMT : Direction de la Médecine Traditionnelle

DNAT : Direction Nationale de l'Administration territoriale

DNS : Direction Nationale de la Santé

DRC : Dépôt repartitaire de cercle

DRDSES : Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire

DRS : Direction Régionale de la Santé

DS : District Sanitaire

DTC : Directeur Technique de centre

DV : Dépôt de vente

EFH : Egalité Femme Homme

EDSM : Enquête Démographique de Santé du Mali

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires

FERASCOM : Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire

IFC : Individu Famille Communauté

IO : Infirmière Obstétricienne

INRSP : Institut National pour la Recherche en Santé Publique

ISSA : Initiative sur les Systèmes de Santé en Afrique

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

MEACD : Ministère de l'Economie, de l'Agriculture, du Commerce et du Développement

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

P-RM : Primate République du Mali

PACTEAII : Projet de mobilisation Communautaire pour un Accès durable aux services d'Eau d'hygiène et d'assainissement dans 15centres ruraux et semi –urbains dans la Région de Ségou.

PC : Participation Communautaire

PDDSS : Plan Décennal de Développement Socio Sanitaire

PDSC : Plan de Développement Sanitaire de Cercle

PENTA : Vaccin Pentavalent

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PRODESS : Programme Quinquennal de Développement Sanitaire et Social

PRSSD : Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisé

PSI : Population Service International

RNB : Revenu National Brut

SADEVE : Santé et Développement

SF : Sage-Femme

SLDSES : Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire

SR : Santé de la Reproduction

TS : Technicien de santé

TSS : Technicien supérieur de santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

VAA : Vaccin Anti Amarile

VAD : Visite à Domicile

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1: Données socio-sanitaires du district de Markala en 2016	26
Tableau 2: Aires de santé du DS avec la distance qui les sépare du Csref et les populations en 2016 et 2017.....	27
Tableau 3: Répartition des ressources humaines en fonction des services	28
Tableau 4: bilan 2016 du CSCOM.....	29
Tableau 5: Acteurs communautaires de l'aire de Dougabougou	30
Tableau 6: Description de la population étudiée	41
Tableau 7: Activités de collecte de données	43
Tableau 8: Evolution des indicateurs du CSCOM de Dougabougou.....	47
Tableau 9: Protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties.....	53
Tableau 10: Priorisation des causes et validation de la cause principale	62
Tableau 11: Cadre logique de la mise en œuvre du projet de renforcement de la communication sur le CFU.	67
Tableau 12: Le plan d'action des activités	69
Tableau 13: Chronogramme des activités	71
Tableau 14: Budget de projet de renforcement de la communication sur le CFU.....	72

Liste des figures

Figure 1: Carte administrative du Mali (source Institut national de la géographie)	6
Figure 2: Organigramme du Ministère de santé (source : Organigramme 2015 du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Réf. : Lois 2014-049, 02-049).....	10
Figure 3: Pyramide sanitaire du Mali (Ministère de la santé du Mali)	12
Figure 4: Organigramme fonctionnel de la FENASCOM	17
Figure 5: Financement secteur de santé au Mali (PDDSS 2014-2023).....	23
Figure 6: Carte district sanitaire de Markala (source sis du district)	25
Figure 7: Evolution de quelques indicateurs	35
Figure 8: Niveau scolaire des femmes CFU.....	44
Figure 9: Aptitudes des femmes CFU à élaborer un rapport d'animation	46

Figure 10: Evolution des indicateurs du CSCOM de Dougabougou entre 2016 et 2017 (source nous-même).....	48
Figure 11: Connaissance de l'existence du CFU par la population	49
Figure 12: Appréciation des conditions d'accueil du CSCOM.....	49
Figure 13: Participation aux séances de sensibilisation	50
Figure 14: Utilité du CFU dans la population	50
Figure 15: Appréciation de la participation communautaire avec la grille de Bichman.....	52
Figure 16: Diagramme d'ISHIKAWA	61
Figure 17: Priorisation des causes du problème (source nous-mêmes)	63
Figure 18: Cadre logique du projet de renforcement de la communication sur le CFU de Dougabougou.	75

CFUSAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ANNEXES

Grille de Bichman

Base conceptuelle de la participation conceptuelle de l'OMS

Fiches de collecte de données

Préambule du CFU

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE D'ETUDE.....	5
Chapitre I : Analyse de l'environnement	6
Chapitre II : Cadre théorique.....	34
2 ^{EME} PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE	40
Chapitre III : Méthodologie.....	41
Chapitre IV : Présentation des résultats et analyse	44
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE	58
Chapitre V: Identification et analyse des causes du problème.....	59
Chapitre VI : Identification et priorisation des solutions	64
RECOMMANDATIONS.....	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
TABLE DES MATIERES	83
ANNEXES	87

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

La constitution de l’OMS établie le 22 juillet 1946 et mise en vigueur le 7 avril 1948, précise qu’une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d’une importance capitale pour l’amélioration de la santé des populations [15]. Mais ce n’est qu’au cours des années 60 et au début des années 70 que l’utilité pratique de la participation communautaire à des projets sanitaires et leur appropriation par la communauté ont commencé à faire l’objet d’une attention de plus en plus marquée. Les projets mis en œuvre dans certaines régions du Guatemala, du Niger, et de la Tanzanie ont apporté la preuve qu’une participation accrue de la communauté pouvait se traduire par une amélioration de la santé des populations. L’apport de la communauté à ces projets a contribué à l’établissement des priorités programmatiques et les agents de santé communautaires y ont pris une part importante. (Rapport OMS ,2004) [8].

Le 22 septembre 1978 s’est tenue à Alma Ata la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Lors de cette conférence, il a été souligné aux états la nécessité d’une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde. La déclaration d’Alma Ata stipule que 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 et les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s’acquitter qu’en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates [18].

La pleine participation de la communauté aux activités multiformes menées en vue d’améliorer la santé est devenue l’un des piliers du mouvement en faveur de la santé pour tous.

La charte d’Ottawa signée en 1986 à l’occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé considère que le renforcement de l’action communautaire constitue l’une des cinq priorités essentielles en vue d’une action sanitaire fondée sur la prévention.

En 1990 dans la perspective de mettre en œuvre l’Initiative de Bamako (IB), le gouvernement du Mali s’est doté d’une politique sectorielle de santé et de population.

L’avènement de la 3ème république au Mali en 1991 a instauré un climat politique qui favorise le développement de la société civile. La vie associative est vigoureuse ; les citoyens par nécessité de survie, se sont engagés dans la création et l’animation d’organisation de diverses natures en vue de prendre en main leur destin et assurer le contrôle de leur vie [5].

La loi d'orientation sur la santé du 22 juillet 2002 du Mali stipule que la politique nationale de santé repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

La capacité effective des communautés à participer à la mise œuvre des programmes sanitaires est limitée par le manque de moyens, la sclérose de l'organisation sociale et professionnelle et des modèles de santé publique axés sur des comportements individuels et les interventions biomédicales curatives.

La discrimination en fonction du sexe, de la race et de la classe sociale joue également un rôle.

Les communautés participent néanmoins à un grand nombre de projet de santé publique fructueux notamment des projets en matière d'assainissement, nutrition, de vaccination ou de lutte contre la maladie.

De récentes mises au point portant sur des soins de santé primaires montrent qu'il existe toujours une forte adhésion à la participation communautaire et il y'a lieu de penser que cette participation a permis d'améliorer la situation sanitaire (Rapport OMS,2004).

De 1989 à 2007, plus de 803 centres de santé communautaires (CSCOM) ont été mis sur pied dans toutes les régions du Mali. En 2016 on recensait 1170 CSCOM.

Le Centre de Santé Communautaire (CSCOM) est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée en association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé et d'assainissement [4].

C'est dans ce contexte que les femmes de Dougabougou ont décidé de prendre leur destin en main avec l'appui du Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisé(PRSSD), de l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) en créant le comité des femmes utilisatrices des services de santé (CFU).

Ce comité vise à améliorer le cadre de vie de la population des villages, quartiers et hameaux de l'aire de Dougabougou en matière de santé, d'hygiène et de sécurité alimentaire [11].

Dans le cadre de notre formation au CESAG en vue de l'obtention d'un diplôme en Master Gestion des Services de Santé (MBA -GSS), nous avons choisi d'étudier le fonctionnement du CFU de Dougabougou.

Notre travail est structuré en trois parties :

- ❖ Analyse situationnelle et cadre d'étude
- ❖ Méthodologie et Résultats de l'étude
- ❖ Résolution du problème

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE
D'ETUDE**

Chapitre I : Analyse de l'environnement

Dans ce chapitre nous allons étudier l'environnement externe puis l'environnement interne qui constituent le cadre d'étude.

1.1 Environnement externe

1.1.1. Présentation géographique du Mali

La République du Mali est un pays continental par excellence, il couvre une superficie d'environ 1.241.248 kilomètres carrés. Elle partage près de 7200km de frontière avec sept pays : au nord l'Algérie, à l'est le Niger, au sud le Burkina Faso, au sud la Cote D'ivoire et la Guinée, à l'ouest la Mauritanie et le Sénégal.

Le relief est peu élevé et peu accidenté, c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11 degrés et 25 degrés de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Sénégal et le fleuve Niger

Les deux tiers du pays constitués par les régions nord sont désertiques.

Le climat est sec avec une saison des pluies qui dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord [23].



Figure 1: Carte administrative du Mali (source Institut national de la géographie)

1.1.2. Organisation administrative et politique

Au plan administratif, le Mali est subdivisé en 10 régions et 1 District qui est la capitale du pays, Bamako. Il est composé de 56 cercles et 254 arrondissements.

Chaque région est administrée par un Gouverneur de Région.

Les cercles sont dirigés par des Préfets et chaque arrondissement par un Sous- préfet.

En matière de décentralisation, le Mali est découpé en 703 communes dont 37 urbaines 666 rurales, 49 collectivités (cercles) et 9 collectivités (régions) toutes dotées de l'autonomie de gestion.

Les collectivités régions disposent chacune d'un conseil régional, les cercles sont dotés d'un conseil de cercle et les communes ont un conseil communal présidé par un maire.

La participation de la société civile au processus de développement du pays est effective et l'aval des populations pour les décisions importantes est requis avec l'instauration de concertations à différents niveaux [23].

1.1.3. Données socioéconomiques

L'économie du Mali est basée sur l'agriculture, la pêche, et l'élevage toutes fortement dépendante de la pluviométrie qui reste aléatoire et insuffisante. La structure du tissu économique est le suivant :

- Secteur primaire : 38,5% ; secteur secondaire : 24,4% ; secteur tertiaire 37% [25].
- Le PIB : 12.747 milliards de dollars US (Banque mondiale 2015),
- Le RNB par habitant : 760 dollars US (Banque mondiale, 2015),
- le Taux de croissance : 5,4% (Banque mondiale, 2016),
- Taux d'inflation : 1,4% (Banque mondiale, 2015) ,
- Principaux clients : Afrique du Sud, Suisse, Chine, Malaisie, Union européenne (OMC 2014),
- Principaux fournisseurs : Sénégal, Union européenne, Chine, Côte d'Ivoire, Bénin (OMC, 2014),
- Exportations de la France vers le Mali (2015) : 334 596 299 euros,
- Importations françaises depuis le Mali (2015) : 11 142 842 euros (Direction générale des douanes et droits indirects) [7].
- Indice de développement humain : 0.442 ; 175ème sur 187 pays (PNUD, 2015).

1.1.4. Caractéristiques démographiques et socio sanitaires

La population du Mali était estimée à 17.839.000 habitants en 2015 ; le taux de croissance était de 3,6% entre 1998 et 2009 contre 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987. A ce rythme la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec des conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus [24] près de 78% vivent en milieu rural. C'est une population essentiellement jeune, la tranche d'âge de 0 à 14ans représente 46%. Les femmes en âge de procréer représentent 23% de la population générale.

- Le niveau d'instruction est faible : niveau secondaire 12,4% ; supérieur 4,8% ; et le niveau primaire est de 82,9% [23].
- L'Indice synthétique de fécondité est de 6,1 par femme.
- L'Espérance de vie à la naissance est de 55,6 ans pour les hommes ;
 - Espérance de vie à la naissance : 58 ans pour les femmes (Banque mondiale, 2014) ;
- Taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans et plus : 33,4% (UNICEF, 2012)
- Religions : selon le recensement de 2009 [6]
 - o Islam 94,8%,
 - o Christianisme 2,4%,
 - o Animisme 2%

Au Mali le pourcentage de population ayant accès à un service offrant les soins prénatals, l'accouchement assisté, les soins post natals, post -abortum et la planification familiale dans un rayon de 5km est passé de 48% en 2004 à 56% en 2012. [12]

Le nombre de service offrant les services SR est passé de 699 en 2004 à 1134 en 2012

Le taux de couverture en CPN est passé de 52% en 2001(EDSM III) à 74% en 2012(EDSMV) et celui de l'accouchement assisté de 41% en 2001 est passé à 58,8% en 2012.

Le taux de mortalité maternelle est passé de 582 pour 100.000 naissances vivantes en 2001 à 368 pour 100.000naissances vivantes en 2012 selon l'EDSMV. [12]

Le taux de mortalité néonatale est passé de 57 ‰ en 2001 à 35‰ en 2012 (EDSMV).

Le taux de prévalence contraceptive était de 10,3% en 2012.

Les enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon les trois EDSM (III, IV, V) sont 29% en 2001,48% en 2006 et 39% en 2012.

1.1.5. Politique de santé au Mali

La loi d'orientation (Loi N° 02-49 /AN -RM du 22 juillet 2002) sur la santé définit la politique générale du Mali. Cette loi décrit le cadre institutionnel, le cadre programmatique, le cadre organisationnel.

Dans le cadre institutionnel, la politique dans son article 1^{er} stipule que la présente loi a pour objet de fixer les grandes orientations de la politique nationale de santé ; et le 2^{ème} article stipule que : la politique nationale de santé repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit.

Les dispositions générales de cette loi sont:

- Les collectivités locales
- Les populations bénéficiaires du service public de santé organisées en association et en mutuelle
- Les fondations, les congrégations religieuses
- Les ordres professionnels du secteur
- Les établissements de santé

Concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans les conditions fixées par les lois et les règlements en vigueur.

Dans le cadre programmatique nous avons les différents plans :

- **Plan décennal de développement sanitaire et social(PDDSS)** ; c'est un document qui contient l'ensemble des orientations stratégiques dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé
- **Programme quinquennal de développement sanitaire et social (Prodess)** ; c'est un document qui contient l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de 5ans dans le cadre du PDDSS
- **Plan du développement sanitaire du cercle (PDSC)** ; c'est un document qui contient l'ensemble des objectifs, des activités et des moyens à mettre en œuvre au niveau du cercle, il a une durée de 5ans.

Le cadre organisationnel décrit les trois niveaux de mise en œuvre de la politique : le niveau central, le niveau régional et le niveau subrégional

– Niveau central

L'administration centrale est constituée du cabinet et secrétariat général du ministère de la santé, services centraux.

La mission de l'administration centrale est :

- L'élaboration des éléments en matière de politique nationale de santé et d'en assurer l'exécution
- La coordination et le contrôle technique des services régionaux, subrégionaux, services rattachés et organisme sous tutelle.
- L'appui stratégique à l'ensemble des services de la santé

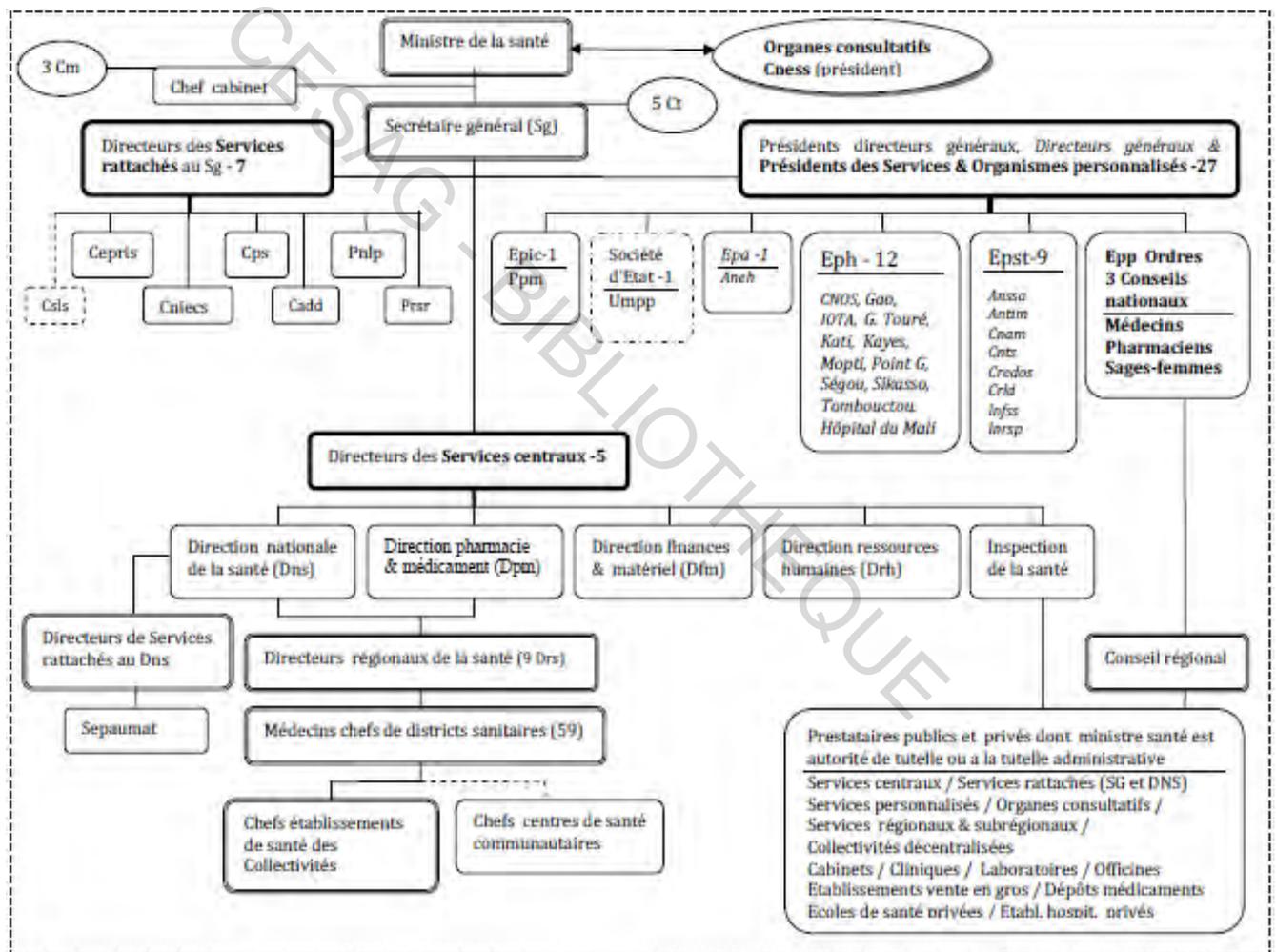


Figure 2: Organigramme du Ministère de santé (source : Organigramme 2015 du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Réf. : Lois 2014-049, 02-049)

– Niveau régional

Le niveau régional est constitué de dix directions régionales de la santé (DRS).

La mission de l'administration régionale est d'appuyer et contrôler les districts.

– **Niveau cercle**

Le niveau cercle est constitué de districts sanitaires et d'aires de santé.

La mission de l'administration de cercle est :

- L'élaboration du plan de développement socio-sanitaire de cercle (PDSC)
- La planification des actions et organisation de la mise en œuvre
- L'impulsation des ressources humaines et contrôle des résultats des actions exécutées [6].

Les collectivités participent à l'administration de la santé dans des conditions définies par le code des collectivités territoriales (décret 02-314 /P-RM du 04 juin 2002) : le conseil communal, le conseil de cercle et l'assemblée régionale :

- Délibèrent sur la politique de gestion et de création des dispensaires, des maternités ; des centres de santé communautaire et des hôpitaux régionaux.
- Délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations vulnérables [6].

Cette politique de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant et la politique nationale genre (2010) [9].

IL existe également des structures privées

Les structures privées de santé sont devenues une composante clé du système de santé. On en distingue deux types: le secteur privé à but lucratif et non lucratif

• **Le secteur privé à but lucratif**

Le secteur privé à but lucratif existe comme une entreprise individuelle ou de groupement. Bien qu'en étant privées, elles tissent un lien avec l'État à travers les ordres professionnels de la santé entre autres les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens. Ainsi on a des établissements médicaux et paramédicaux, ce sont les cliniques privées et les cabinets de consultations et de soins. Il existe également des établissements pharmaceutiques qui opèrent dans le privé : les officines de pharmacie et dépôts privés de médicaments, des établissements d'importation et de ventes en gros des produits pharmaceutiques, des établissements de fabrication de produits pharmaceutiques, des laboratoires d'analyses.

- **Le secteur privé à but non lucratif**

Le secteur privé à but non lucratif existe grâce à des associations, fondations ou des congrégations religieuses et aux ONG nationales et internationales qui offrent leur service dans ce cadre. Entre ces associations, nous pouvons citer les ASACO (Association de Santé Communautaire)

Secteurs parapublics

Ce secteur regroupe entre autres, les infirmeries et maternités des forces armées et de sécurité, les centres médicaux inter-entreprises de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et le réseau de distribution de la pharmacie populaire du Mali.

A côté de cette médecine moderne, il existe une médecine traditionnelle riche et variée qui est présente dans tous les quartiers des villes et des villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 1986, la direction de la médecine traditionnelle(DMT) a été rattachée à l'institut national pour la recherche en santé publique(INRSP) et constitue un département à part entière. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la carte sanitaire. [6]



Figure 3: Pyramide sanitaire du Mali (Ministère de la santé du Mali)

1.1.6. Le système de santé communautaire au Mali

1.1.6.1. Historique

Dans le domaine de la Santé, les Services Publics de Santé (SPS) ont connu d'importantes mutations.

En 1964, le Mali avait opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, le 1^{er} plan Décennal des Services de Santé était en application. Il se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu' aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, l'hygiène et les soins curatifs essentiels.

En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées :

- Les opérations Mali Sud financées par une entreprise Malienne basée à Koutiala, la CMDT ;
- Le projet Santé Rurale de Koro, de Yelimané et de Mopti.

Toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient la base de la pyramide sanitaire du système de santé.

Une dimension additive permettait en 1987 de combler une lacune des soins de santé primaires liée à l'accessibilité aux médicaments essentiels. Elle fut introduite par James Grant, Directeur exécutif de l'UNICEF, sous le concept d'initiative de Bamako (I.B.) lors de la 37^{ème} réunion régionale de l'OMS, tenue à Bamako.

Ainsi, à la suite de cette réunion régionale de l'OMS, une redynamisation des SSP fut adoptée et mise en application à travers le renforcement de la participation des communautés.

Cette redynamisation reposait sur les piliers suivants :

- Les services de soins primaires ;
- Une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels et;
- Un système de gestion de service de santé impliquant la participation des collectivités locales.

Par conséquent vers la fin des années 1980, l'une des questions à l'ordre du jour était le chômage des jeunes médecins. Cette réalité a fait germer de nouvelles idées sur le terrain des expériences accumulées. Ainsi se posait la problématique d'une offre de soins de qualité par l'emploi des jeunes médecins au niveau des zones les plus périphériques. A cela, il faut ajouter la volonté des communautés de se structurer en des associations qui prennent en charge la gestion de leurs problèmes de santé. Elles étaient confrontées déjà à de grandes difficultés sur le plan sanitaire. Parmi celles-ci, il est à noter la disponibilité de médicaments essentiels, l'insuffisance des structures publiques, etc. La recherche de solutions à ces difficultés est à

l'origine du mouvement de santé communautaire dont le pionnier demeure l'ASACOBA (Association Santé Communautaire de Banconi) créée en 1989 à Bamako qui a mis en place le premier centre de santé communautaire (CSCOM) [4].

Apparu comme phénomène urbain, le mouvement de création des CSCOM va progressivement s'étendre au monde rural grâce à un foisonnement sans précédent d'initiatives locales. L'accroissement du nombre de ces structures passées dans l'intervalle d'une décennie de 10 en 1993 à 123 en 1996, puis à 285 en 1999, illustre encore l'ampleur du phénomène. Ce système de santé connut un engouement si important au sein des populations que l'Etat était obligé de les considérer à partir de 1991 comme un élément moteur de sa nouvelle politique de santé.

A la suite de cette reconnaissance officielle, une structure d'envergure nationale fut mise en place pour exécuter et coordonner les activités de santé communautaire, le Programme Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR). Cela fut possible à l'appui des partenaires au développement (USAID, Banque Mondiale). Ce système visait principalement à réduire la mortalité infantile et maternelle.

Le PSPHR, pour atteindre ses objectifs, a soutenu la création de nouveaux CSCOM à travers des contributions financières, la construction ou la rénovation de locaux et de centres d'alphabétisation, la mise à leur disposition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) avec médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) et matériels.

Il encouragea aussi l'autonomie de gestion de ces centres et la prise en charge de leur cout de fonctionnement par les populations, grâce à la généralisation du système de tarification des prestations des services [4].

1.1.6.2 Organisation du système de santé communautaire

– Cadre institutionnel :

Le système de santé communautaire est dirigé au niveau national par la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), qui a été créée en 1994 par quarante-quatre (44) Associations de santé communautaire (ASACO) et deux (2) mutuelles de santé(Mds) [22].

La FENASCOM est le 1er plus gros employeur dans le domaine de la santé communautaire avec 52 % de personnel en charge à travers les ASACO. En 2002 elle a été reconnue d'utilité publique de ce fait, ces ressources financières proviennent des subventions octroyées par l'état, des fonds propres et de l'aide financière des partenaires techniques.

La FENASCOM se compose des instances et organes de gestion suivants :

– **Les instances de la FENASCOM**

Elles sont constituées par :

- Le Congrès ;

Le congrès est l'instance suprême de la fédération. Il définit la politique générale de la FENASCOM, adopte les rapports annuels moraux et financiers présentés par le bureau exécutif national(BEN) et le comité de surveillance(CS). Il met en place le BEN et le CS.

- Le Conseil de coordination ;

C'est l'instance délibérative entre deux congrès qui statue sur les grandes questions de la fédération au-delà des compétences du BEN.

– **Les organes de gestion de la FENASCOM**

Ils sont constitués par :

- Le Bureau Exécutif National(BEN) ;

Le BEN a un rôle d'animation. Il assure la coordination, le contrôle des activités de la fédération et exerce les pouvoirs nécessaires à son bon fonctionnement, dans le cadre de la politique générale définie par le congrès. Il est composé de vingt-cinq (25) membres.

- Le Comité de Surveillance (CS) ;

Le CS est chargé de veiller à l'application et à la mise en œuvre, par le BEN, des textes de la fédération, des décisions et des recommandations du congrès. Il rend compte directement au congrès. IL est composé de cinq (5) membres.

- Le Secrétariat Général (SG) ;

IL est l'organe de coordination des actions des démembrements et des membres de la FENASCOM. Il exécute les décisions ou recommandations du BEN. Il est composé de dix (10) membres issus du BEN.

- Le Secrétariat Permanent (SP), composé de trois membres issus du BEN ;
- Les Commissions de Travail, au nombre de cinq (5) ;
- Neuf (9) Fédérations Régionales des Associations de santé communautaire(FERASCOM) ;

- Cinquante-sept (57) Fédérations locales des associations de santé communautaire(FELASCOM).

Selon le rapport annuel de 2012, la FENASCOM regroupe

Mille soixante (1060) associations de santé communautaire (ASACO) et trois mutuelles de santé [22] .

– L'organigramme de la FENASCOM

La figure 4 représente l'organigramme de la FENASCOM

CESAG - BIBLIOTHEQUE

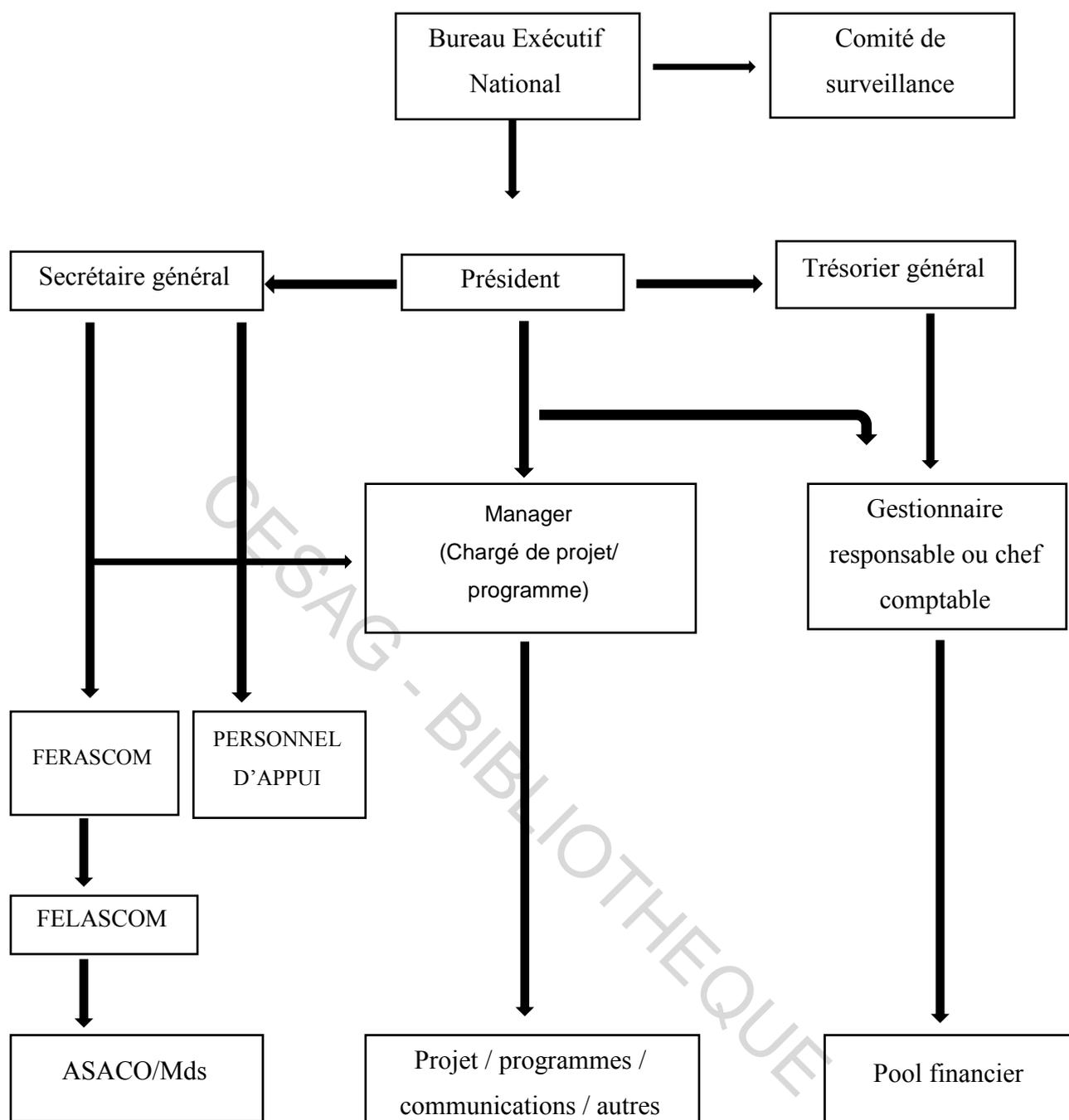


Figure 4: organigramme fonctionnel de la FENASCOM

Source : Plan stratégique 2012-2016 FENASCOM

– **Mission de la FENASCOM**

La FENASCOM a pour mission de :

- assurer la représentation politique des organisations membres au niveau des instances de décisions ;

- défendre le droit des femmes et des hommes, à accéder à des services de qualité, quel que soit leur lieu de résidence et leur appartenance sociale ;
- créer les conditions requises pour assurer une gestion efficiente des ASACO ;
- soutenir les actions visant à améliorer la qualité des services notamment dans les domaines de la santé de la reproduction, le contrôle des IST/VIH et du paludisme ;
- se constituer en une source d'information et une force de mobilisation de l'ensemble des acteurs autour des objectifs de santé et de promotion sociale ;
- développer des actions visant à promouvoir des mécanismes alternatifs de financement de la santé qui facilitent l'accès des ménages aux soins ;
- travailler à optimiser la participation des femmes au processus de prise de décisions se rapportant à la santé des populations et à la gestion des ASACO ;
- susciter et soutenir les actions visant à consolider l'opérationnalisation des transferts de compétences et des ressources aux collectivités territoriales décentralisées.

1.1.6.3. Organisation des structures de santé communautaire

Elles sont à la base de la pyramide sanitaire et correspondent à une aire de santé.

Chaque aire de santé compte un centre de santé communautaire (CSCOM).

Un CSCOM est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée association de santé communautaire « ASACO ».

Le CSCOM est lié à l'état par la signature d'une convention, qui l'engage à participer à la réalisation du service public de santé et précise les modalités de sa participation [12].

En 2016 on comptait 1170 CSCOMs.

– Mission du CSCOM

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'activités à savoir :

- gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;

- développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familiale / Vaccination, Education pour la Santé) ;
- initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ; et
- promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité. [25]

– **Rôle des différents acteurs du système communautaire**

○ **Rôle de l'état**

Le statut d'association agréée qui caractérise les ASACO, les placent sous la tutelle administrative de l'État. Tout en acceptant leur caractère privé, ce dernier doit veiller à ce qu'elles respectent les conditions qui ont conduit à la reconnaissance de leur statut.

Son attention doit notamment être portée sur 4 aspects essentiels :

- le respect des règles démocratiques, dont dépend la légitimité de leurs instances dirigeantes ;
- la validité de leurs décisions ;
- le respect de la non lucrativité de leurs activités ;
- la transparence de leurs comptes.

Tout manquement à ces obligations devrait aboutir à la remise en cause de leur statut et à la suppression de leur agrément. De CSCOM, ces centres deviendraient alors de simples cabinets médicaux privés, qui devraient se soumettre aux textes qui leur sont afférents.

La convention signée entre l'ASACO et l'état place les CSCOM sous la tutelle technique de l'État, qui doit veiller à leur participation effective à la réalisation du service public de santé. Confié aux médecins chefs de district, l'exercice de cette tutelle nécessite de la part de ce dernier un nouvel état d'esprit ; ils doivent en effet oublier les relations hiérarchiques qui prévalent au sein de la pyramide de santé, pour travailler dans un esprit d'équipe autour d'actions à mener et de résultats à atteindre.

○ **Rôle des collectivités locales**

Avec le transfert des compétences en juin 2002 dans le cadre de la décentralisation, les fonds de subvention transférée aux CSCOMs par l'état passent par la mairie qui a le droit de dissoudre l'ASACO en cas de gestion non transparente des fonds. La mairie si elle a les moyens financiers peut recruter du personnel et le mettre à la disposition du CSCOM. Ainsi ces collectivités

locales sont devenues des acteurs importants pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

- **Rôle des communautés**

Sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) est créé le CSCOM (centre de Santé Communautaire). C'est une formation sanitaire de 1er niveau qui répond de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé des communautés [12].

Les CSCOM constituent l'une des pièces maîtresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d'avant - garde du processus qui visent l'organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisées, avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et des autres partenaires [4].

Le centre de santé communautaire (CSCOM) est un centre de santé de 1er contact des populations. De ce fait, il est créé et géré par l'ASACO qui rend compte aux populations de sa gestion. La gestion administrative du CSCOM est assurée par un comité de gestion désigné au sein d'un conseil d'administration qui est élu en assemblée générale par les populations, notamment les adhérents à l'ASACO. La direction technique est assurée par le Directeur Technique du CSCOM (DTC).

Les principales forces des ASACO sont leur origine, étant l'émanation des populations et leur autonomie vis-à-vis des pouvoirs publics centralisés et décentralisés. Elles sont les représentantes légitimes des populations dans la mise en œuvre de la politique de santé du gouvernement.

- **Rôle des partenaires techniques et financiers (ONG, organisation de la société civile)**

Ils appuient l'état dans la construction des CSCOMs, la mobilisation des ressources matérielles, financières et humaines. Ils mettent à la disposition de la population à travers l'ASACO, des expériences nouvelles pour la promotion de la santé.

1.1.6.4. Financement des structures communautaires

Le principe de création et de fonctionnement des centres de santé communautaires (CSCOM) repose sur le recouvrement des coûts et la participation communautaire au financement et à la gestion de leur santé. L'expérience existe depuis 1989. Plusieurs mécanismes de financement soutiennent le système de santé communautaire : l'appui budgétaire sectoriel, le transfert de compétences et de ressources entre l'Etat et les collectivités territoriales dans le domaine de la santé, le recouvrement de coûts des prestations de services et l'agence nationale des investissements des collectivités territoriales. A ces mécanismes de financement, l'action des mutuelles de santé contribue à améliorer l'accessibilité financière des populations démunies aux soins de santé. Les ASACO ont recruté du personnel et le ministère de la santé a placé le personnel complémentaire surtout dans les CSCOM des aires « non viables » [16].

1.1.6.5. Gouvernance des structures communautaires

Au niveau régional, la DRS est appuyée pour les missions communautaires par la FERASCOM.

Au niveau du district sanitaire nous avons la FELASCOM qui s'occupe du recouvrement des quotes-parts de la caisse de solidarité pour la référence/ évacuation.

La FELASCOM constitue le trait d'union entre la communauté et le centre de santé de référence Csref. Elle participe avec le DS à des missions de supervision, de monitoring et d'IEC dans les aires de santé.

Au niveau local, nous avons l'ASACO qui est la base de la FENASCOM, elle constitue l'organe de gestion du CSCOM.

1.1.7. Mode de financement de la santé au Mali

La part du budget de l'Etat consacrée au développement de la santé est passée de 5,65% en 2003 à 8,16% en 2009. Le budget d'état est la première source de financement de la santé avec une moyenne de 55,4% sur la même période contre 31,7% provenant des partenaires extérieurs, 12,1% du recouvrement des coûts (paiements directs des prestations de soins) et 0,8% des communautés et des collectivités décentralisées [9].

En moyenne 71,4% des dépenses bénéficient au niveau central pendant que la cible du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) était de ramener cette proportion à 20%. Au niveau régional, la priorisation du financement des zones pauvres a été plus ou moins respectée mais dans la limite des 28,6% des dépenses réalisées à ce niveau. Cependant, il faut noter que

l'allocation des ressources par zone de pauvreté ne suffit pas pour assurer une équité dans la mesure où il existe une grande diversité des niveaux de pauvreté au sein même de ces zones de pauvreté.

Les interventions prioritaires, ci-après, contribueront à améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources financières :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement
- la couverture sanitaire universelle prenant en compte la prévisibilité (à moyen et long termes), l'harmonisation, l'alignement et la redevabilité;
- l'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé et leur utilisation comme instrument d'allocation des ressources;
- l'amélioration de l'utilisation des outils de financement comme le CDMT, les Comptes Nationaux de la Santé, les Dépenses de Santé des Ménages (EDSM), la revue institutionnelle des dépenses de santé ;
- le renforcement du Compact et son utilisation comme instrument privilégié de responsabilisation et de redevabilité de l'état et de ses partenaires techniques et financiers;
- l'augmentation de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat à au moins 15 %, comme décidé par les chefs d'Etat à Abuja;
- l'augmentation de manière satisfaisante du niveau de mobilisation des financements locaux (collectivités et communautés) ;
- la mise en place de mécanismes d'allocation des ressources qui garantissent l'équité y compris la budgétisation sensible au genre, et qui vont au-delà des zones de pauvreté pour cibler des localités plus spécifiques au sein de ces zones de pauvreté;
- la promotion de la contractualisation pour plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources financières des secteurs publics et privés ;
- le renforcement des capacités techniques et de l'indépendance des structures chargées de l'audit interne en vue d'assurer la traçabilité des dépenses de santé et la productivité des ressources financières du secteur.

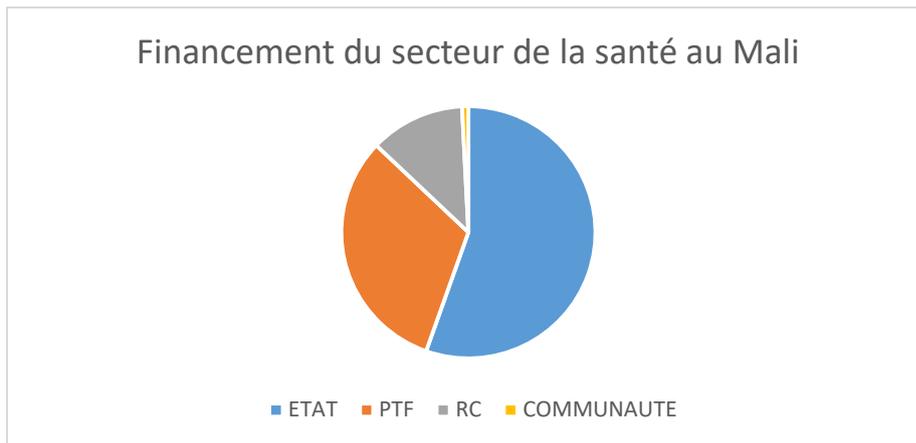


Figure 5: Financement secteur de santé au Mali (PDDSS 2014-2023)

1.2. Environnement interne

1.2.1. Cadre d'étude : District sanitaire de Markala

Le District de Markala est dans la région de Ségou qui est la quatrième région administrative du Mali.

La région de Ségou a une superficie de 64. 821km². La population totale de la région est estimée à 2.868.000 habitants en 2015 répartie entre les 7 cercles, selon l'Institut national de la statistique (INSTAT) [3]. Le cercle est une unité administrative décentralisée, dirigé par un préfet. Dans la région de Ségou chaque cercle a un district sanitaire à l'exception du cercle de Ségou qui en a deux (district de Markala et le district de Ségou) à cause de sa densité populationnelle. Chaque district sanitaire a un Csref.

La région de Ségou compte huit (8) districts sanitaires à savoir : Ségou, Barouéli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian et Markala.

L'administration sanitaire est composée d'une Direction Régionale de la santé, un Etablissement Public de Santé EPH (Hôpital Nianankoro Fomba), et 8 centres de santé de référence [3].

1.2.1.1. Présentation du district sanitaire de Markala

Le district sanitaire de Markala compte un (1) centre de santé de référence (Csref) et dix-huit aires de santé comprenant chacun un CSCOM fonctionnel. Il compte cent vingt -huit (128) sites ASC (agents de santé communautaire) et six cases dont cinq ont été fermées après le retrait du projet village du millénaire (PVM) ; et une (1) seule a été maintenue par les villageois eux-mêmes. A ce jour sur les dix-huit (18) CSCOMs, huit (8) sont dirigés par les médecins.

– Aperçu historique du District sanitaire de Markala

L'Histoire du District Sanitaire de Markala est confondue à celle du cercle de Ségou. Malgré cela nous avons tenu à présenter certains aspects qui ont conduit les responsables administratifs, politiques et sanitaires à sa création entre autres :

- l'immensité du cercle (30 communes dont 29 rurales ; 554 villages et quartiers) ;
- la densité élevée de la population ;
- le nombre important d'aires de santé prévues ;
- les distances très élevées du chef-lieu de cercle des aires prévues
- la présence d'un Hôpital secondaire à Markala; pour assurer une meilleure prise en charge des cas en général et des urgences obstétricales en particulier.

D'Hôpital secondaire, la structure est devenue un Centre de Santé de référence après l'élaboration, l'adoption et la validation de son 1er PDSC couvrant la période 2005-2009 avec une prévision de 16 aires de santé communautaire comprenant 158 villages.

– Missions du District de Markala

Ces missions se résument ainsi :

- **la gestion du système de santé au niveau opérationnel** : ces activités sont surtout basées sur des directives visant à obtenir de bons résultats sur les interventions menées au niveau district ; la mise en œuvre des activités des programmes de santé au niveau communautaire et l'organisation des ressources ;
- **la supervision des structures de santé périphériques** ;
- **la responsabilité du renforcement de la mise en œuvre des activités** au niveau communautaire ; Il s'agit entre autres
 - des soins de santé à l'individu,
 - des soins de santé de la famille,
 - des soins de santé de la communauté,
 - des activités technico-médicales.

– Caractéristiques administratives et géographiques

Le District Sanitaire de Markala couvre 10 communes toutes rurales qui font partie du Cercle de Ségou. Il a une superficie de 7 686 km² pour une population d'environ 308 068 habitants en 2015 et une densité de 27 habitants au km².

Le District est limité :

- au Nord par Niono
- à l'Est par Macina
- au Sud et à l'Ouest par le District de Ségou

On distingue deux saisons :

- une saison sèche allant de Janvier à Juin
- et une saison de pluie allant de Juillet à Décembre avec une pluviométrie moyenne qui varie entre 900 et 1 200 mm d'eau par an.

Le relief est peu accidenté avec une végétation sahélienne constituée d'arbres et d'arbustes de steppes.

Le District est arrosé par le fleuve Niger qui connaît des aménagements hydro – agricoles (Barrage de Markala) engendrant 4 canaux d'irrigation.

La population est composée d'un brassage d'ethnies dominées par les bambaras, les bozos, les peulhs. Les 50% de la population du District vivent en zone marécageuse et la riziculture tend à dominer les cultures sèches.

L'élevage reste une pratique par excellence favorable à l'économie de la zone.

La pêche quant à elle est pratiquée pendant toute l'année sur le fleuve Niger et les principaux canaux d'irrigation.

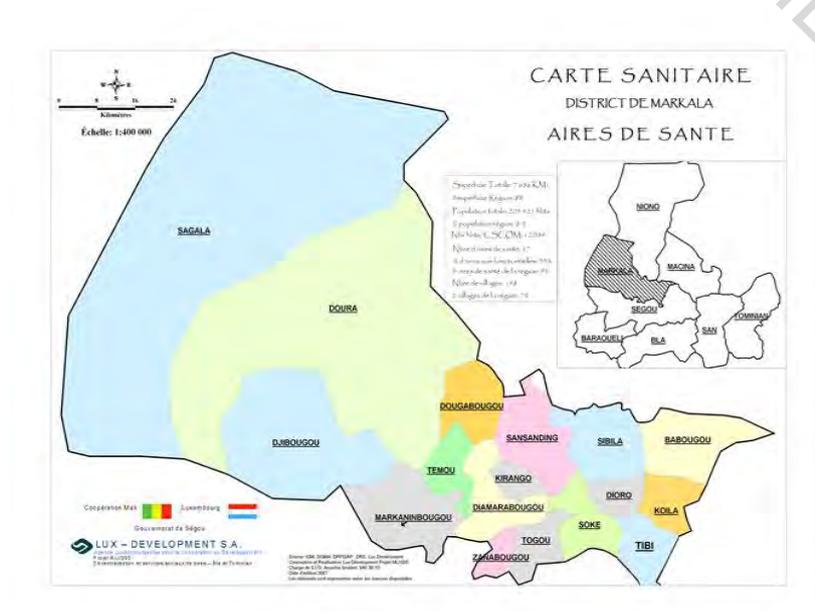


Figure 6: Carte district sanitaire de Markala (source sis du district)

– **Caractéristiques socio-sanitaires**

Le DS de Markala couvre une population de 314.486 en 2016 habitants et les données socio-sanitaires du DS sont résumées dans le tableau ci-dessous

Tableau 1: Données socio-sanitaires du district de Markala en 2016

POPULATION	Valeur absolue	%
Population totale	314486	100%
FAR	69187	22%
Population 0-11 mois	11579	4%
Population 0-59 mois	62583	19,90%
Grossesses attendues	15724	5%
Grossesse à risque	189	1,20%

– Les structures sanitaires du DS

Le DS compte un (1) centre de santé de référence et dix -huit (18) aires de santé comprenant chacun un CSCOM.

1.2.1.2. Le centre de santé de référence du district de Markala

Le centre de santé de référence de Markala reçoit les malades référés des CSCOMs. Créé par l'Etat, il est basé sur un système de co-gestion (Etat, collectivité et Communauté), il est dirigé par un médecin-chef.

Le Csref est structuré en deux unités

- une unité administrative
- une unité technique composée de services techniques :
 - la Médecine
 - la Gynécologie
 - la Chirurgie
 - la Pédiatrie
 - le Laboratoire
 - la Radiologie
 - le DRC, le DV
 - personnels de soutien: chauffeurs, manœuvres, gardiens, personnels d'entretiens.

Le Csref dispose de ressources aussi bien humaines, matérielles que financières. Il fonctionne sur recouvrement de cout, budget d'état et allocation des fonds provenant des PTF à savoir le PRSSD et l'ONG Terre des hommes. Il est cogéré financièrement en plus du médecin, par le président du conseil de cercle qui représente les collectivités.

– **Les aires de santé**

Les aires de santé comptent 18 CSCOMs fonctionnels

Tableau 2: Aires de santé du DS avec la distance qui les sépare du Csref et les populations en 2016 et 2017.

Aire de santé	Distance du CS Réf(km)	Population en 2016	Population en 2017
Babougou	42	13871	14220
Diamarabougou	2	44001	45283
Dioro	31	35443	36477
Djibougou	45	5270	5424
Dougabougou	22	32586	33535
Doura	45	17415	17922
Kirango	1	19131	19688
Koila	47	13218	13603
Komola-Zanfina	25	7767	7993
Markanibougou	35	14283	14698
Sagala	198	8167	8404
Sansanding	15	21296	21917
Sibila	35	23822	24516
Soké	26	18415	18952
Témou	20	8245	8485
Tiby	46	11944	12292
Togou	20	13427	13818
Zanabougou	19	6239	6421
Total		314486	323648

Source : SIS du district de Markala

1.2.1.3. L'organisation de l'aire de santé de Dougabougou

L'aire de Dougabougou fut créée le 5 mai 2010 et compte un (1) CSCOM, trois (3) sites ASC, une clinique privée et une infirmerie d'entreprise. Le CSCOM est géré par une ASACO.

– Les ressources humaines du CSCOM de Dougabougou

Tableau 3: Répartition des ressources humaines en fonction des services

Services	Personnels/Qualifications	Statut
Dispensaire	1 Médecin	ASACO
	1 infirmier	Etat
	3 aides-soignants	1 payé par la mairie ,2 par l'ASACO
	1 gérant dépôt vente 1 manoeuvre	ASACO ASACO
Maternité	2 sages-femmes	1 par l'état,1 par l'ASACO
	2 infirmières obstétriciennes	1par l'ASACO,1par la sucrerie
	1matrone 1manoeuvre	Par la mairie ASACO

– Offres de services dans le CSCOM de Dougabougou

- Le dispensaire mène des activités de consultations, de vaccination en centre fixe et stratégie avancée, de soins, de dépistage et de prise en charge de la malnutrition aigüe modérée.
- La maternité s'occupe de l'accouchement, de la planification familiale, de la CPON, de la CPN en centre fixe et stratégie avancée et des causeries débat sur des thèmes précis de promotion de la santé.

Pour une meilleure promotion des services du centre et la promotion de la santé dans la communauté, il a été mis en place le comité des femmes utilisatrices de services de santé.

- Le bilan des activités menées par le centre en 2016 est dans le tableau ci- dessous

Tableau 4: bilan 2016 du CSCOM

Activités	Nombre Prévu	Nombre Réalisé	Pourcentage
CPN	1629	1068	66
Accouchements Assistés par du personnel qualifié	1629	842	52
CPON	1629	1417	87
Dépistage de la Malnutrition (enfants 0-5ans)	3242	2384	74
Reference /Evacuation Obstétricale	49	90	183

– **Les acteurs qui interviennent dans l'aire pour la promotion de la santé sont :**

Les acteurs d'encadrement ; le DTC, le point focal CFU régional et du district

Les acteurs de mise en œuvre ; Agent de santé communautaire(ASC), relais, matrone et tradipraticien.

Les acteurs de soutien ; ASACO, la mairie, le développement social, le projet PRSSD, le DS

Tableau 5: Acteurs communautaires de l'aire de Dougabougou

Acteurs	ASC	Relais communautaires	Accoucheuses traditionnelles recyclées
Nombre	3	40	9
Profil	Aide -soignant	Agent communautaire	Agent communautaire
Lieu d'intervention	Village	Village	Village/CSCOM
Types d'activités	Soins préventifs et curatifs chez les enfants de 0-5ans et les femmes enceintes, activités promotionnelles par des VAD	Sensibilisation et mobilisation sociale, activités promotionnelles par des VAD.	Conseil et orientation des femmes enceintes et des femmes en travail vers le CSCOM .
Stratégies d'intervention	Centre fixe et VAD	VAD, causeries de groupe.	Centre fixe
Outils de gestion	Cahier, registre, fiche de pointage	Cahier du relais	Aucun
Lieu de transmission des données	DTC	DTC	Maternité (verbalement)
Rôle de l'ASACO	Suivi	Suivi	Suivi
Système de motivation	Partenaires/communauté	Partenaires/communa uté	Communauté

– **Analyse Forces, Faiblesses, opportunités, menaces du CSCOM de Dougabougou**

○ **Forces**

- disponibilité de personnel qualifié : médecin, sagefemme, infirmière obstétricienne, d'un dépôt de vente de médicament essentiel ;
- bonne dynamique communautaire ;
- présence d'une infirmerie d'entreprise au sein du CSCOM ;
- approche multisectorielle au niveau du CSCOM (état, collectivité, partenaires) ;
- gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes par l'ONG TERRE DES HOMMES ;
- subventions des collectivités territoriales pour la stratégie avancée ;
- présence d'une usine de sucrerie qui fournit souvent du personnel médical au CSCOM ;

- partenariats forts (PRSSD, Sociétés locales, PACTEA II, ONG Terre des Hommes).
- **Faiblesses**
 - insuffisance de communication ;
 - faible utilisation des services du CSCOM ;
 - faible implication des hommes dans les activités communautaires ;
- **Opportunités**
 - existence de partenaires techniques et financiers, des collectivités locales et la société civile ;
- **Menaces**
 - pérennisation des acquis en cas de retrait du partenaire ;
 - non disponibilité de la population lors des activités de sensibilisation du CFU à cause des travaux champêtre ;

1.2.2. Présentation du Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisé de l'Agence Canadienne pour le Développement International [10]

– Contexte

Pour réaliser le PRODESS et atteindre les objectifs stratégiques du PDDSS, le gouvernement malien a appelé les différents bailleurs de fonds à y inscrire leurs interventions et le Canada a été l'un des premiers pays à adopter cette approche programme, plus globale et plus intégrée. C'est dans ce contexte de l'appui canadien au PRODESS que l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI) a accepté de financer la proposition de projet « Renforcement du système de santé décentralisé au Mali » déposée en octobre 2009. Ce Projet dont les orientations ont été décidées avec l'ensemble des partenaires maliens, fait suite pour le Canada, au travail réalisé depuis 2003 dans le cadre du projet « Appui à la santé de la reproduction au niveau communautaire dans la région de Kayes » et depuis 2004 au projet « Appui à la mise en œuvre du plan décennal de développement sanitaire et social au Nord- Mali ». Ce nouveau projet permet de poursuivre le renforcement de la Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) et ses démembrements régionaux et locaux (FERASCOM et FELASCOM).

Initialement localisé au nord du Mali, depuis 2012 le projet s'est vu délocaliser compte tenu des critères suivants :

- 1) besoins des populations en terme de santé ;
- 2) disponibilité et intérêt des équipes régionales avec lesquelles le projet aura à travailler (DRS, DRDSES, FERASCOM) ;
- 3) présence de partenaires, permettant un travail de collaboration et de complémentarité;
- 4) sécurité.

En fonction de ces quatre critères deux régions furent retenues, Sikasso et Ségou ou le PRSSD intervient depuis 2013 ; les interventions dans la région de Kayes, située au sud -ouest étant maintenues.

– Objectif du projet

Le projet s'inscrit dans la Stratégie nationale de survie de l'enfant dont l'objectif était d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infanto- juvénile pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La Stratégie de survie de l'enfant est une composante opérationnelle du PRODESS mettant l'emphase, pour plus d'efficacité, sur l'intégration des différentes interventions en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Le projet se déroule dans le cadre du COMPACT, « Accroître les efforts et les ressources pour la santé en vue de l'atteinte des OMD », dont le Canada est signataire. Le COMPACT a pour objectif général de définir un cadre unique et harmonisé pour l'augmentation et l'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé afin de soutenir la mise en œuvre du PRODESS en vue d'atteindre plus rapidement les Objectifs du millénaire.

– Résultats attendus

Le projet dans son volet appui technique et appui financier direct vise comme résultats:

- résultat ultime : amélioration de la santé des femmes et des enfants dans les trois (3) régions ;
- résultats intermédiaires : gestion améliorée des services de santé, qualité accrue des services et utilisation accrue des services préventifs et curatifs.

– Le Plan de mise en œuvre révisé

Différentes activités avaient permis d'élaborer le PMO de façon concertée (entre avril et juillet 2010) avec tous les partenaires et sur une base de compréhension commune des résultats attendus, notamment un atelier de démarrage du projet avec les représentants

régionaux des différents acteurs et actrices du système de santé décentralisé (Directeurs régionaux de la Santé et membres de leur équipe, Directeurs régionaux du Développement social et de l'Économie solidaire et membres de leur équipe, présidents des FERASCOM et présidents des Assemblées régionales) et avec les représentants de la FENASCOM. Dans le contexte actuel, le PMO a principalement été révisé, par les membres du Consortium, appuyé par l'équipe du projet. Ce PMO comporte un cadre de mesure de rendement (CMR) qui se fera sur le terrain, en collaboration avec les principaux partenaires du projet.

Le plan de travail de l'année 2014, avec la programmation des activités et les prévisions budgétaires, ont été élaborés entre janvier et février de la même année, lors d'une mission du Consortium au Mali.

Le projet comporte également un volet d'appui financier direct aux Directions régionales de la Santé et à la FENASCOM pour la réalisation de leurs plans d'opération annuels. Cet appui financier aux deux nouvelles régions devra faire l'objet d'une modification au niveau du protocole d'entente entre les gouvernements malien et canadien. Cette entente est gérée par l'ACDI.

Chapitre II : Cadre théorique

2.1. Problématique

2.1.1. Enoncé du problème

D'indéniables progrès ont été réalisés dans l'amélioration de la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique au Mali, mais les inégalités d'accès aux soins demeurent frappantes et l'accessibilité financière à des services publics reste limitée, notamment pour des groupes tels que les femmes, les plus pauvres et les personnes vivant en zone rurale.

Au niveau du CSCOM de Dougabougou les services sont faiblement utilisés liés à plusieurs facteurs :

- les barrières socioculturelles ;
- les barrières organisationnelles ;
- les barrières financières ;
- les barrières structurelles.

Les femmes se sont organisées en comité, appelé CFU pour la promotion de la santé et l'amélioration des services de santé. Tous les efforts de mobilisations sociales menées par ces vaillantes femmes de Dougabougou ont-ils permis d'améliorer l'utilisation des services ? Ces femmes ont-elles les capacités organisationnelles et institutionnelles pour mener les activités qui leur sont assignées ?

C'est pour répondre à ces questions que nous nous sommes proposé de mener cette étude.

2.1.2. Ampleur du problème

L'aire de Dougabougou est une zone d'agriculture par excellence avec la culture de la canne à sucre, du riz, de l'arachide et de l'oignon. Cette zone est en permanence inondée par les canaux d'irrigation ; ceci en fait une zone d'endémie palustre.

Les maladies diarrhéiques et la malnutrition chez les enfants sont également fréquentes.

Les activités génératrices de revenu pour les femmes de Dougabougou sont le commerce, et l'agriculture.

Les indicateurs sanitaires du CSCOM concernant la santé de la mère et la survie de l'enfant ne se sont pas beaucoup améliorés depuis le fonctionnement du CFU en juin 2016, comme le montrent certains indicateurs

Evolution de quelques indicateurs entre le 1^{er} semestre 2016 et le 2^{ème} semestre 2017 dans le CSCOM de Dougabougou

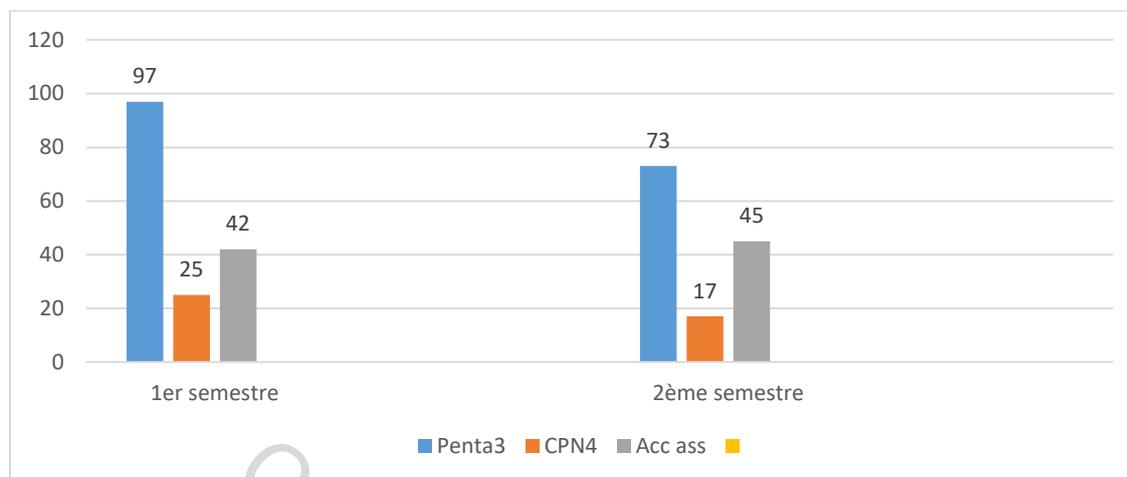


Figure 7: Evolution de quelques indicateurs de quelques indicateurs entre le 1^{er} semestre 2016 et le 2^{ème} semestre 2017 dans le CSCOM de Dougabougou

2.1.3. Conséquences du problème

Le mauvais fonctionnement de ce comité qui a pour rôle de mener des activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés, a certainement des répercussions sur la santé des mères et des enfants, couches de la société les plus vulnérables.

Les mères ne reçoivent pas les messages appropriés de promotion de la santé, elles sont ainsi exposées à plusieurs risques. Les grossesses n'étant pas bien suivies peuvent se solder par des avortements, des complications, des morts –nés voire des décès maternels. Les accouchements à domicile vont continuer à se faire. Les mères et les gardiennes d'enfants ne pourront pas gérer à domicile les affections prioritaires chez les enfants (IRA, diarrhée, paludisme simple malnutrition) ou bien recourir précocement aux structures sanitaires en cas de besoin.

2.2. Cadre conceptuel

2.2.1 Définition des concepts de base

– Communauté

C'est un groupe dont les membres, étant en contact direct, ont essentiellement les mêmes intérêts, les mêmes aspirations, les mêmes valeurs et les mêmes objectifs. Cette communauté peut être géographique, territoriale, socio-économique, professionnelle, etc. Elle peut être relativement petite (village, quartier) ou assez vaste, englobant une région entière [14].

– **Acteur communautaire**

On appelle acteur communautaire toute personne qui intervient directement au sein de sa communauté dans le cadre de la mise en œuvre des activités de santé communautaire [14].

– **Comité**

C'est la réunion de personnes déléguées par une assemblée, par une autorité, constituant un organe collégial de gestion, de consultation, de décision pour l'étude de certaines questions, l'examen d'un projet, d'une idée etc [21].

– **Participation communautaire**

« Processus par lequel les individus assument des responsabilités en vue de la santé et du bien-être personnel et de l'ensemble de la communauté et acquièrent des aptitudes permettant de contribuer à l'amélioration de leur propre santé et au développement de la communauté » (Paolo Freire 1974).

– **Santé communautaire :**

« La santé communautaire est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur la participation des communautés permettant d'étendre les prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays » Peter Oakley, WHO, 1989 ++++

– **Utilisation des services**

C'est un processus complexe, référant aussi bien aux comportements des individus qui reçoivent les services qu'aux professionnels qui les prodiguent dans des contextes cliniques et organisationnels donné [13].

De façon opérationnelle, on peut définir l'utilisation par rapport aux paramètres suivants : le temps et la durée de l'utilisation, la personne qui reçoit ou fournit le service et le lieu où les services sont rendus [13].

– **Soins de santé primaires**

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un cout que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. OMS, 1978(Conférence de Alma Ata)

2.2.2. Base conceptuelle de la participation communautaire

Elle est basée sur le concept « Individu, Famille, Communauté (IFC) » de l'OMS. Elle décrit la stratégie de mise en œuvre de la promotion de la santé.

La base conceptuelle de la santé communautaire passe par la promotion de la santé qui a comme stratégie l'élaboration des politiques publiques saines, la création de milieux favorables (foyers, communauté, service de santé, école, lieu de travail) le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé.

Le passage à grande échelle se fait dans les districts par l'éducation, le plaidoyer local, l'action communautaire, le partenariat et le renforcement institutionnel.

Cette base conceptuelle a pour finalité la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. (Voir annexe)

2.2.3. Outil d'évaluation de la participation communautaire : La Grille de Bichman

La grille de Bichman permet d'apprécier la participation communautaire à travers 6 items qui sont :

- l'appréciation des besoins ;
- la direction des activités ;
- l'organisation du CFU ;
- la mobilisation des ressources ;
- la gestion/mise en œuvre des activités ;
- l'évaluation.

La grille est utilisée pour mesurer les indicateurs de participation communautaire, la note va de 1 à 5 selon le degré de participation, présenté ainsi :

- mince ou nulle, la note est 1 point ;
- restreinte ou faible, la note est 2 points ;
- moyenne ou correcte, la note est 3 points ;
- ouverte ou bonne la note, est 4 points ;
- large ou excellente, la note est 5 points.

2.3. Intérêt et justification

2.3.1. Justification

La participation communautaire à l'effort de santé n'est plus à démontrer depuis la déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et la charte d'Ottawa en 1986.

La participation communautaire peut avoir des avantages suivants :

- apporter des réponses coordonnées et concertées pour assurer la complémentarité entre les différents intervenants ;
- renforcer la solidarité, la communication et le transfert des compétences ;
- mobiliser des ressources supplémentaires ;
- rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en les utilisant de manière efficace

Le choix de ce sujet se justifie par le fait qu'au niveau de l'aire de Dougabougou, les services sont faiblement utilisés par les communautés avec toutes les conséquences que nous venons de décrire.

Ainsi les femmes de la localité de Dougabougou se sont réunies pour mettre en place un comité afin d'améliorer la situation sanitaire de leur localité.

Comme nous le savons, les femmes sont les plus grandes utilisatrices des services des centres de santé communautaire (CSCOM) et elles sont plus affectées par les questions de santé en vertu de leur fonction de premières responsables du bien-être/santé de la famille.

Elles sont également de véritables mobilisatrices de la population autour des questions de santé.

Ce sont ces raisons qui justifient le choix de notre étude intitulée : « Contribution à l'amélioration du fonctionnement du comité des femmes utilisatrices des services de santé(CFU) de Dougabougou dans le district sanitaire de Markala »

2.3.2 Intérêt de l'étude

– Pour le District de Markala

Cette étude permettra d'apprécier pour la première fois les activités du CFU afin de consolider les acquis, de réajuster les écarts pour une amélioration du bien-être des populations bénéficiaires et une meilleure planification des activités futures du comité. Il constituera un document de réflexion sur l'extension de la mise en place de CFU dans d'autres aires de santé du district sanitaire de Markala.

– **Pour le CESAG**

Cette étude permettra d'enrichir la base de données du CESAG en matière de participation communautaire, et constituera un outil pédagogique pour les futurs stagiaires

– **Pour le stagiaire**

Cette étude permettra d'enrichir ses connaissances en matière de participation communautaire. Elle sera un outil de grande importance sur le plan professionnel, permettant de mettre en pratique la formation reçue au CESAG.

2.3.4. Objectifs de l'étude

2.3.4.1. But

Le but de cette étude c'est de contribuer à l'amélioration de la participation communautaire du comité des femmes utilisatrices des services de santé (CFU) dans l'aire de Dougabougou du district de Markala.

2.3.4.2. Objectifs

– **Général**

L'objectif général de cette étude c'est d'évaluer le fonctionnement du comité des femmes utilisatrices de services de santé de Dougabougou.

– **Spécifiques**

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants

- Vérifier les capacités institutionnelles du CFU ;
- Evaluer le bilan d'exécution du CFU en 2016 et en 2017 dans la communauté et au niveau du CSCOM ;
- Mesurer l'évolution des indicateurs traceurs du CSCOM de Dougabougou liés aux activités du CFU ;
- Recueillir les perceptions des populations de l'aire de santé de Dougabougou sur les apports du CFU ;
- Vérifier la participation communautaire dans le fonctionnement du CFU ;
- Vérifier l'état d'exécution du protocole d'entente entre le CFU, l'ASACO, le SLDSES, la DRDSES et le PRSSD ;

2^{EME} PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE

Dans cette 2ème partie nous abordons la méthodologie ainsi que les résultats de l'étude

Chapitre III : Méthodologie

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de résolution de problèmes. C'est un processus qui consiste à identifier un problème ensuite, à identifier ses causes, à proposer des solutions et enfin à choisir une solution prioritaire fiable et réaliste à mettre en œuvre. Pour notre cas, nous aborderons le cas du CFU de Dougabougou pour son processus participatif communautaire à une activité mise en œuvre dans le district sanitaire de Markala au profit des populations de l'aire de Dougabougou.

3.2. Population cible

L'étude a ciblé les membres du CFU, les membres de l'ASACO, les partenaires du CSCOM de Dougabougou et les populations des 10 villages de l'aire de santé.

3.3. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} août au 30 septembre 2017

3.4. Echantillonnage

L'enquête s'est réalisée dans les 10 villages de l'aire de Dougabougou où intervient le CFU. Nous avons choisi 10 ménages par village. La méthode statistique pour le choix des ménages est l'échantillonnage de jugement qui est une méthode non probabiliste puisque nous ne disposons pas d'une liste des membres de la population. La cible est choisie en fonction des besoins de l'étude. C'est ainsi que les femmes ont été nos principales cibles au sein des ménages car elles sont les plus grandes utilisatrices des services de santé. Dans chaque ménage nous avons interrogé une seule femme soit mère d'enfant, soit enceinte, soit allaitante.

3.5. Taille de l'échantillon

Tableau 6: Description de la population étudiée

Cibles	Nombre de personnes enquêtées
Membres CFU	20
ASACO	10
Population de l'aire de Dougabougou	100
Partenaires (SLDSES, DRSES, PRSSD)	3

Source : nous-même

3.6. Déroulement de l'étude

Grace à la lettre de stage remise par les autorités du CESAG, nous avons pris contact avec le DRS de Ségou qui nous a introduite auprès des autorités du district sanitaire de Markala.

Toutes les parties prenantes ont été informées et nous les avons rencontrés pour pouvoir élaborer un programme de travail avec le bureau de CFU.

3.7. Méthodes et outils collecte des données

Les méthodes utilisées sont les suivantes :

- la revue documentaire ;
- l'entretien ;
- le focus group ;
- **Données existantes**

Nous avons effectué une revue documentaire sur le thème afin de mieux l'appréhender dans ses différentes dimensions. La revue a aussi porté sur les documents en rapport avec le district, le projet PRSSD et le CFU.

- **Entretiens**

Nous avons mené deux types d'entretien :

- des entretiens individuels adressés aux : membres CFU, membres de la communauté.
- des entretiens de groupe ou « Focus group » adressés à l'ASACO, et aux membres du bureau CFU

Le tableau ci-dessous résume les activités menées pour la collecte des données.

Tableau 7: Activités de collecte de données

Méthodes	Cibles	Outils
Revue documentaire (Données existantes)	Documents sur : - Le district - Le CSCOM - Le CFU - Le PRSSD	Grille d'analyse des données
Entretiens individuels	- CFU (20/23) - Population 100 ménages - Parties prenante (1 représentant de chaque partie)	Guide d'entretien
Focus group	- CFU - ASACO	Guide de focus group

Source : nous-même

3.8. Méthodes de traitement et d'analyse des données :

Les données ont été traitées et analysées grâce au logiciel SPSS (statistical package for social science).

La grille de Bichman a été utilisée pour évaluer la participation communautaire.

3.9. Limites et contraintes :

Notre travail connaît quelques limites liées :

- à la non disponibilité des données du CFU et certaines données du CSCOM,
- à la non disponibilité des membres de la communauté occupée aux travaux de champs lors de la collecte des données.

Chapitre IV : Présentation des résultats et analyse

Dans ce chapitre nous allons présenter les résultats de notre étude

4.1. Capacités institutionnelles du CFU :

– La tranche d'âge des femmes du CFU

Les femmes membres du CFU ont un âge compris entre 38 et 64 ans.

Elles sont d'âge mûr, ont de l'expérience de la vie et sont capables d'influencer les autres femmes dans la communauté.

– Le niveau d'instruction des femmes du CFU

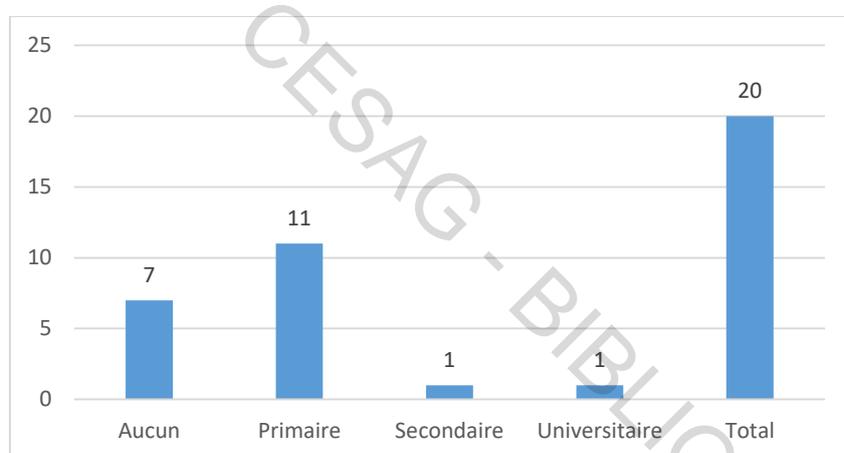


Figure 8: Niveau scolaire des femmes CFU

Soixante-cinq pour cent (65%) soit 13/20, des femmes du comité ont un niveau acceptable, ce qui prouve qu'elles peuvent bien tenir des outils de gestion et organiser des séances de sensibilisation dans la communauté.

– Existence d'un Local pour le comité

Le CFU n'a pas de local propre à lui, les réunions des femmes se tiennent dans la cour du CSCOM ou chez la présidente.

– Organisation du CFU

- Structuration du bureau

Le CFU est constitué d'un bureau de vingt-trois membres dirigé par une présidente assistée d'une secrétaire à l'information et à l'organisation, d'une trésorière et d'un point focal CFU-ASACO. Ces quatre membres du bureau constituent l'organe exécutif. (Voir préambule en annexe)

○ Fonctionnement du bureau

Le bureau se réunit une fois par mois en session ordinaire dans la cour du CSCOM.

Le CFU peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de la présidente ou de la moitié des membres.

L'assemblée générale se réunit deux (2) fois par an en session ordinaire. Elle peut aussi se réunir en session extraordinaire sur demande de la présidente ou de la majorité des membres. L'assemblée générale ne peut se réunir valablement qu'en présence de la moitié des membres qui la composent. Les décisions de l'assemblée générale sont prises à la majorité absolue.

La cotisation mensuelle est à 250fcfa et la carte de membre à 500fcfa.

L'absence à une réunion est sanctionnée à une amende de 200f et trois absences consécutives sans raison justifiée conduit à l'exclusion.

○ Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le suivi de proximité du plan d'action est assuré par l'ASACO de Dougabougou et le SLDSES de Markala. Un comité de suivi du protocole d'entente, composé d'un représentant de chaque partie prenante (DRDSES, SLDSES, ASACO, CFU, PRSSD) a été mis en place. Ce comité se réunit une fois par trimestre pour suivre le processus du fonctionnement du CFU, la gestion du fonds alloué, l'atteinte des objectifs et les résultats obtenus.

○ Formation des membres

Les membres du CFU ont bénéficié d'un renforcement de capacités portant sur les thèmes suivants :

- leadership (18 membres /20)
- droit et santé (16 membres /20)
- technique de communication (aucun membre)

○ aptitudes des femmes CFU à élaborer un rapport

Sur 20 femmes interrogées, seules 9 déclarent pouvoir élaborer un rapport d'animation.

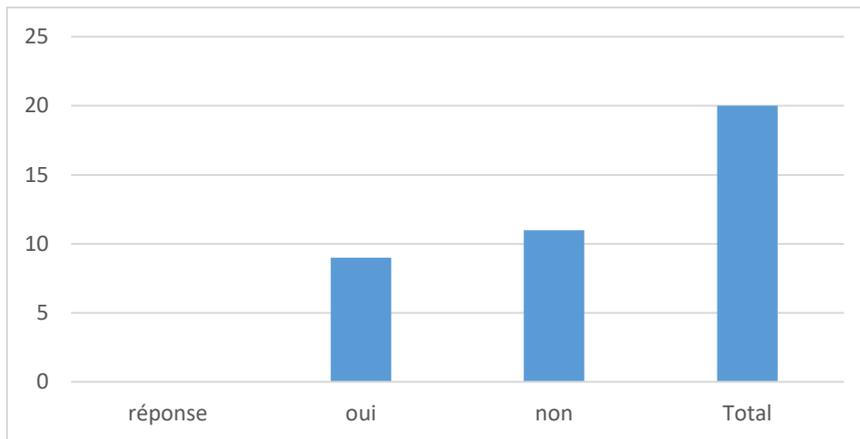


Figure 9: Aptitudes des femmes CFU à élaborer un rapport d'animation

- Logistique et moyens de déplacement des membres du CFU

Le CFU n'a pas de moyens propres, mais en concertation avec l'ASACO les femmes utilisent le moto-taxi du CSCOM dont le carburant est souvent alloué par l'ASACO.

- Mode de Financement du CFU:

Le financement des activités inscrites dans le plan d'action du CFU est assuré en partie par le PRSSD, après adoption du plan d'action annuel par l'ASACO et validation par la DRDSES. Le montant annuel maximum des fonds alloués au CFU par le PRSSD ne saurait excéder la somme d'un million cinq cent mille francs CFA (1 500 000 FCFA), payable en deux tranches. Les conditions de financement du CFU par le PRSSD sont les suivantes :

- élaboration du règlement intérieur et du Plan d'action;
- validation du plan d'action par l'ASACO, le SLDSES et le PRSSD;
- ouverture d'un compte dans une institution financière de proximité par et pour le CFU dont les signataires sont la présidente et la trésorière du CFU;

4.2. Le bilan d'exécution du CFU 2016-2017

Du fait de l'absence des outils de gestion, les activités menées par le CFU sont difficilement capitalisées. Lors de notre passage les documents du CFU n'étaient pas disponibles car la personne qui les détenait était absente.

4.3. Evolution des indicateurs traceurs du CSCOM

Pour apprécier la performance du comité, le PRRSD a défini les indicateurs traceurs suivants: la CPN, les accouchements assistés, le BCG, le PENTA1 et 3, le VAR, le VAA, la CPN1 et la CPN4, la consultation curative, la PF.

L'évolution des indicateurs traceurs du CSCOM 6 mois avant le démarrage du CFU et 12 mois après sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Evolution des indicateurs du CSCOM de Dougabougou

Indicateurs		1 ^{er} semestre 2016			1 ^{er} semestre 2017		
		Nbre prévu	Nbre réalisé	Pourcentage	Nbre prévu	Nbre réalisé	Pourcentage
Santé mère	CPN1	964	523	54	838	457	54
	CPN4	964	243	25	838	146	17
	Accouchements	964	412	42	838	379	45
	PF/TPC	860	280	32	811	296	36
Survie de l'enfant (vaccination)	BCG	716	860	120	737	711	96
	Penta1	651	561	86	670	509	75
	Penta 3	651	636	97	670	495	73
	VAR	651	552	84	670	492	73
	VAA	651	552	84	670	492	73
Consultation curative		7331	4665	63	7545	3273	43

Source : nous-même

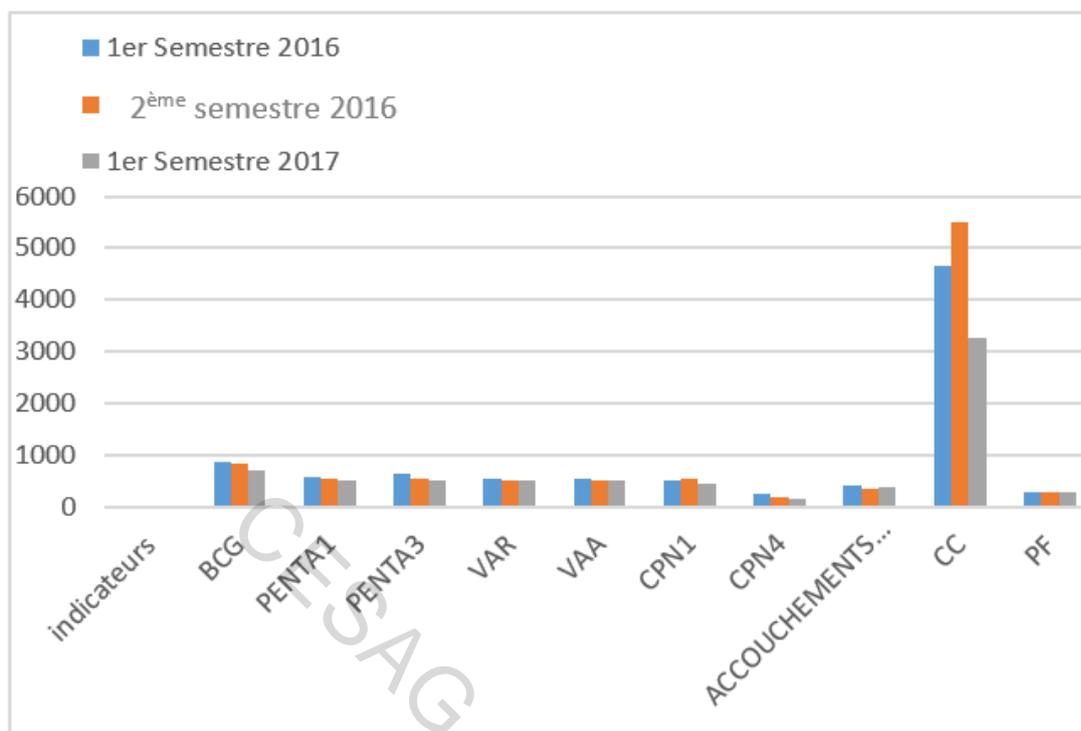


Figure 10: Evolution des indicateurs du CSCOM de Dougabougou entre 2016 et 2017 (source nous-même)

Certains indicateurs n'ont pas évolué favorablement, surtout ceux liés au PEV et aux CPN.

Cette faible utilisation des services pourrait être liée à une barrière financière car cette période a coïncidé avec l'arrêt de la gratuité assurée par l'ONG Terre des Hommes, malgré les activités menées par le CFU.

Par contre une légère amélioration est notée au niveau du taux de prévalence contraceptive et de l'accouchement assisté. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes du CFU ont une expérience de la vie et inspirent la confiance ; ce qui fait qu'elles sont habilitées à discuter de questions sensibles comme la PF avec leurs paires.

4.4. Perceptions des populations sur le CFU

- Connaissance de l'existence du CFU par la population

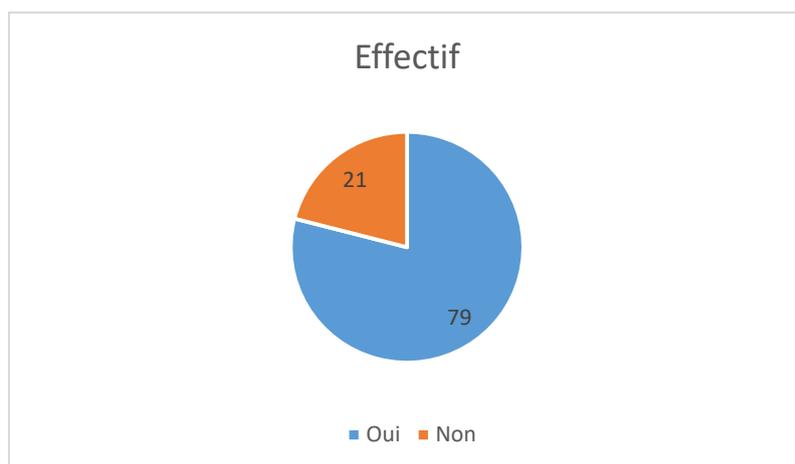


Figure 11: Connaissance de l'existence du CFU par la population

Nous constatons que 71% de la population connaissent l'existence du CFU

- Appréciation des conditions d'accueil au niveau du CSCOM avec l'avènement du CFU

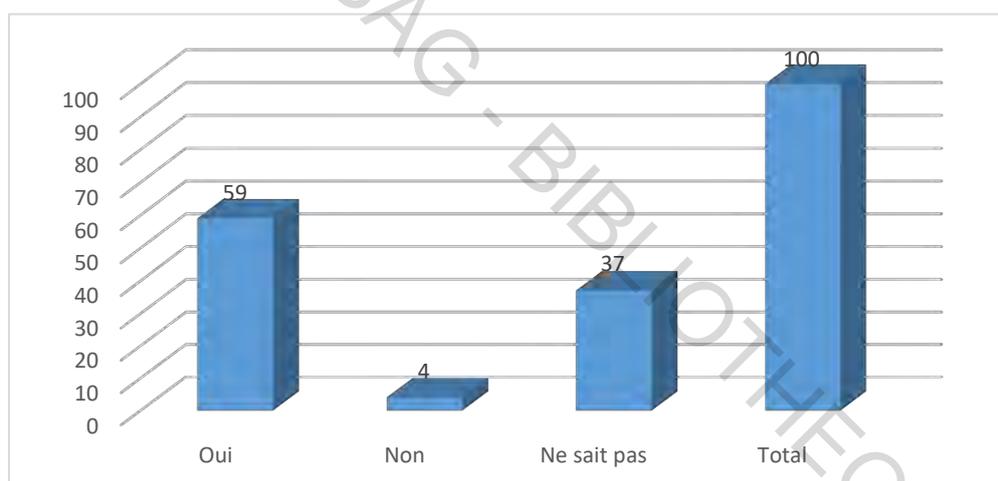


Figure 12: Appréciation des conditions d'accueil du CSCOM

Avec la mise en place du CFU 59% de la population ont jugé que les conditions d'accueil se sont améliorées.

- Participation aux séances de sensibilisation

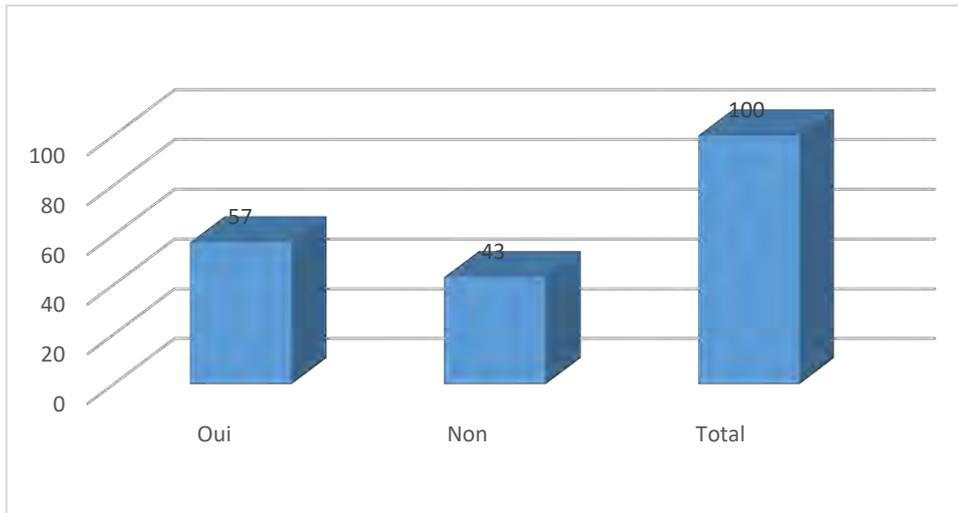


Figure 13: Participation aux séances de sensibilisation

Nous constatons que 57% de la population qui connaît l'existence du CFU ont suivi une séance de sensibilisation.

- Utilité du CFU dans la population

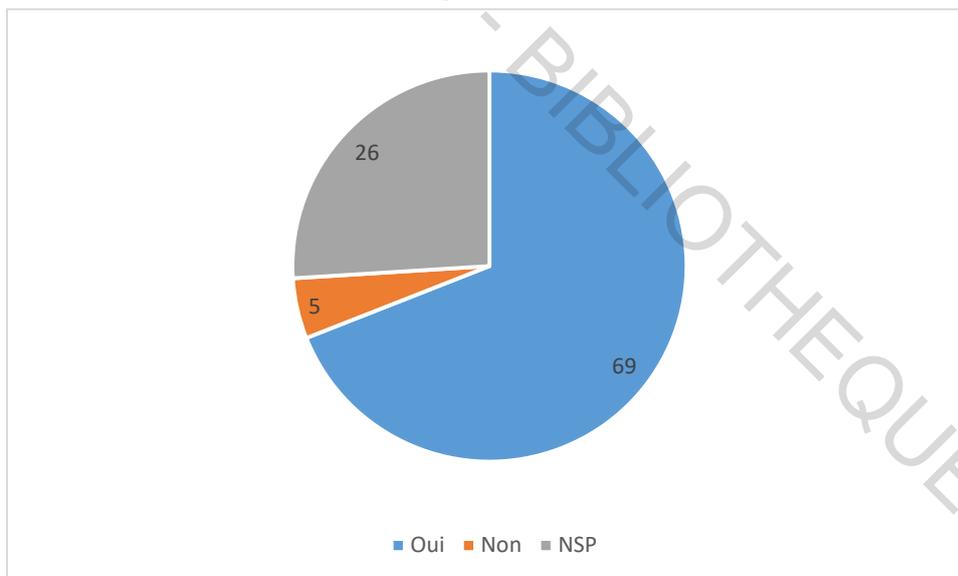


Figure 14: Utilité du CFU dans la population

L'utilité du CFU est reconnue par une grande majorité de la population (69%).

4.5. Connaissance des activités du CFU par les membres du bureau de l'ASACO

Selon les membres du bureau de l'ASACO, le CFU mène dans la communauté des activités de mobilisation sociale lors des campagnes de vaccination, la sensibilisation de la population à fréquenter le centre et à abandonner l'accouchement à domicile.

Le CFU assure l'hygiène des locaux du CSCOM lors des activités mensuelle d'assainissement du centre.

4.6. Appréciation de la participation communautaire dans le fonctionnement du CFU

Elle est appréciée grâce à la grille de Bichman adaptée à notre contexte.

– Appréciation des besoins

L'appréciation initiale des besoins de santé dans la communauté n'a pas été faite ni par la communauté, ni par les personnes ressources, ni par le CFU, ni par les agents de santé de l'aire. Nous considérons que cette participation à l'appréciation des besoins est mince donc cotée à 1.

– Direction des activités/ représentation

Le bureau CFU avec l'ASACO a participé à l'élaboration du plan d'action sous la coupole du PRSSD, de la DRDSSES, de la SLDSSES et du District. Donc nous considérons cette participation bonne cotée à 4.

– Organisation du CFU

Le bureau est formé de membres issus de l'aire de santé, des femmes de la communauté qui avaient auparavant participé à d'autres organisations sanitaires. Nous jugeons cette organisation bonne cotée à 4.

– Mobilisation des ressources pour le CFU

Les ressources du comité proviennent du PRSSD mais aussi d'autres sources internes, notamment :

- ASACO qui met du carburant dans le moto taxi pour certaines sorties du CFU ;
- la vente des vêtements de bébé par les femmes du CFU au centre de santé ;
- la cotisation mensuelle de 250f des femmes du comité ;
- l'amende de 200F en cas de retard lors des réunions.

Nous jugeons cette mobilisation par la communauté moyenne cotée à 3;

– La mise en œuvre des activités du CFU

La mise en œuvre des activités a été faite par le CFU sans l'implication des autres leaders communautaires ; nous accordons une note à 2 à cet item.

– Evaluation des activités du CFU

Aucune évaluation des activités du CFU n'a été encore effectuée ; cet item est jugé mince et la note accordée est 1.

Le degré de participation communautaire est représenté par le diagramme en radar ci -dessous:

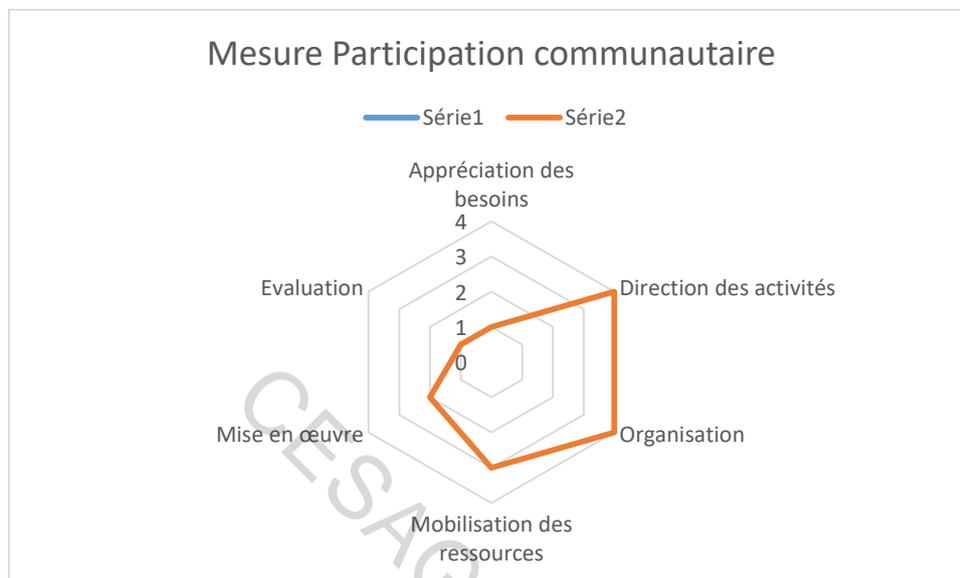


Figure 15: Appréciation de la participation communautaire avec la grille de Bichman

4.8. Appréciation du protocole d'entente entre le CFU, l'ASACO, le SLDSES, la DRDSES et le PRSSD

Sur la base du protocole d'entente entre les différentes parties prenantes du projet PRSSD, nous avons apprécié le respect des engagements de chaque partie.

Tableau 9: Protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties

1. Suivi de l'exécution des rôles de la DRDSES

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
La DRDSES a-t-elle assuré le suivi trimestriel du SLDSES dans son appui au CFU ?	+		
La DRDSES a-t-elle appuyé le CFU dans la recherche de financements additionnels ?	+		
La DRDSES a-t-elle participé au suivi semestriel de la mise en œuvre des activités du plan d'action des CFU ?	+		
La DRDSES a-t-elle appuyé le renforcement du partenariat avec d'autres intervenants (ONG, PTF intervenant dans le domaine de la promotion de la santé) ?	+		
La DRDSES a-t-elle Transmis aux différents partenaires (ASACO, Mairie, CC et PRSSD) le plan d'action validé du CFU pour financement ?	+		

2. Suivi de l'exécution des rôles du SLDSES (protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties) suite

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le SLDSES a-t-il Appuyé le CFU dans l'élaboration, la validation et la mise en œuvre de son plan d'action ?	+		
Le SLDSES a-t-il assuré le renforcement des capacités des membres du CFU eu égard à leurs missions ?	+		
Le SLDSES a-t-il Assuré le suivi mensuel de la mise en œuvre des activités du plan d'action des CFU et fournir un rapport ?	+		

3.Suivi de l'exécution des rôles de l'ASACO (protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties) suite

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
L'ASACO a-t-elle Validé le plan d'action des CFU ?	+		
L'ASACO a-t-elle Facilité la participation du point focal CFU à ses réunions statutaires ?	+		
L'ASACO a-t-elle Suivi mensuellement et évalué la mise en œuvre des plans d'action des CFU ?		+	

L'ASACO a-t-elle acheminé le plan d'action validé du CFU à la DRDSES à travers le SLDSES ?	+		
--	---	--	--

4.Suivi de l'exécution des rôles du CFU (protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties) suite

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le CFU a-t-il élaboré un plan d'action qui tient compte de celui du CSCOM ?		+	
Le CFU a-t-il élaboré soumis le plan d'action à l'approbation de l'ASACO ?	+		
Le CFU a-t-il ouvert un compte dans une structure de microfinance ?	+		
Le CFU a-t-il mis en œuvre les activités inscrites dans le plan d'action ?		+	
Le point focal CFU a-t-il participé aux réunions statutaires de l'ASACO ?	+		
Le CFU travaille-t-il en étroite collaboration avec l'ASACO en l'impliquant dans toutes les activités à entreprendre ?	+		
Le CFU tient-il ses réunions statutaires en conformité avec son règlement intérieur ?	+		
Le CFU assure-t-il une gestion saine et efficiente des fonds mis à sa disposition ?	+		
Le CFU élabore-t-il un rapport (d'activité et financier) trimestriel et annuel sur la mise en œuvre des activités du plan d'action ?	+		

5.Suivi de l'exécution des rôles du PRSSD (protocole d'entente entre le CFU et les différentes parties) suite

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le PRSSD a-t-il vérifié la conformité des activités programmées à l'esprit du protocole ?	+		
Le PRSSD a-t-il participé au financement des activités du plan d'action du CFU ?	+		
Le PRSSD a-t-il contribué au renforcement des capacités techniques des membres des CFU ?	+		
Le PRSSD a-t-il suivi semestriellement la mise en œuvre du plan d'action du CFU ?	+		

Après avoir apprécié le suivi des engagements de toutes les parties prenantes, nous avons fait les constats suivants :

- le SLDSES, la DRDSES et le PRSSD ont respecté leur engagement ;
- l'ASACO n'a pas suivi mensuellement et évalué la mise en œuvre des plans d'action du CFU ;
- le CFU n'a pas élaboré un plan d'action qui tient compte de celui du CSCOM ;
- le CFU n'a pas mis en œuvre les activités inscrites dans le plan d'action.

4.9. Synthèse des résultats de notre étude

Le CFU est composé de femmes matures, expérimentées pour mener des activités de sensibilisation et ont un niveau d'instruction acceptable ; la plupart des membres ont reçu une formation en leadership et en droit de la santé.

Le bureau est bien structuré et fonctionne bien avec des instances qui tiennent des réunions.

Le comité reçoit le financement du partenaire mais a des capacités de mobilisation de ressources internes ;

Cependant, le CFU ne dispose pas de local ni de moyen de déplacement propre ; les membres n'ont pas reçu de formation en technique de communication.

La plupart des membres ne sait pas élaborer un rapport d'animation de causerie (11/20).

Près de 30% de la population ne connaissent pas l'existence du CFU.

Par ailleurs l'appréciation initiale des besoins de la communauté n'a pas été réalisée.

Les autres leaders communautaires ne sont pas impliqués dans la mise en œuvre des activités du CFU.

L'évaluation des activités du CFU n'a pas été encore effectuée.

L'appréciation du protocole d'entente a permis de constater que certaines parties prenantes, notamment l'ASACO et le CFU n'ont pas respecté leur engagement.

Ainsi, nous pouvons affirmer que le CFU de Dougabougou a une insuffisance de capacités organisationnelles qui entrave son fonctionnement.

**TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES CAUSES ET LEUR
PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES
SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE**

Chapitre V: Identification et analyse des causes du problème

Dans ce chapitre, nous allons identifier les causes du mauvais fonctionnement du CFU

5.1. Les Causes selon la littérature

Selon une étude menée au Burkina Faso en 2015 par Issa SOMBIE et al, dans le district de Tenkodogo intitulé « Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé », les résultats montrent que les facteurs socioculturels influencent la dynamique de la participation communautaire. Ce sont :

- les conditions économiques ;
- la perception négative des services de santé ;
- les inégalités sociales de sexe et d'âge ;
- le faible ancrage social des organisations communautaires ;
- les rivalités inter-villages ;
- les conflits coutumiers.

L'étude relève également que les communautés ne perçoivent pas leur implication dans le processus décisionnel des services de santé comme une priorité. Leurs principales attentes s'orientent vers la disponibilité de soins de qualité et à coût réduit [12].

Selon une revue publiée par Nexus santé en 1999 à Toronto « Accroître la participation communautaire : condition de réussite et de durabilité », une baisse de participation peut être liée à la fois à des facteurs individuels et à d'autres qui relèvent du groupe lui-même. Des obstacles qui empêchent la participation peuvent être [17].

- l'absence d'exemples ou d'expériences valorisant la participation ;
- les préjugés et stéréotypes véhiculés dans les milieux de vie ;
- l'absence de lieux ou d'organismes où la participation pourrait se concrétiser ;
- la peur de la critique ;
- le sentiment de ne pas jouer un rôle utile ;
- le manque d'information sur le rôle à jouer ;
- le sentiment d'incompétence ;
- le peu de sentiment d'appartenance au groupe;
- les réunions ou les activités mal structurées ;
- la difficulté à se déplacer.

5.2. Les causes selon les résultats de notre étude

Les résultats de l'étude ont montré que les causes du mauvais fonctionnement du CFU sont liées aux facteurs suivants :

- faible communication aux populations sur l'existence du CFU ;
- non prise en compte des besoins de la communauté ;
- faible implication des communautés au fonctionnement du CFU ;
- faible capacité organisationnelle et technique des membres du CFU ;
- insuffisance d'encadrement du CFU par l'ASACO liés à des conflits interpersonnels ;
- non-respect de certains termes du protocole d'entente entre le CFU et le projet canadien.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

5.3. Analyse des causes du problème

Un outil, appelé Diagramme d'ISHIKAWA, est utilisé pour analyser les causes du problème

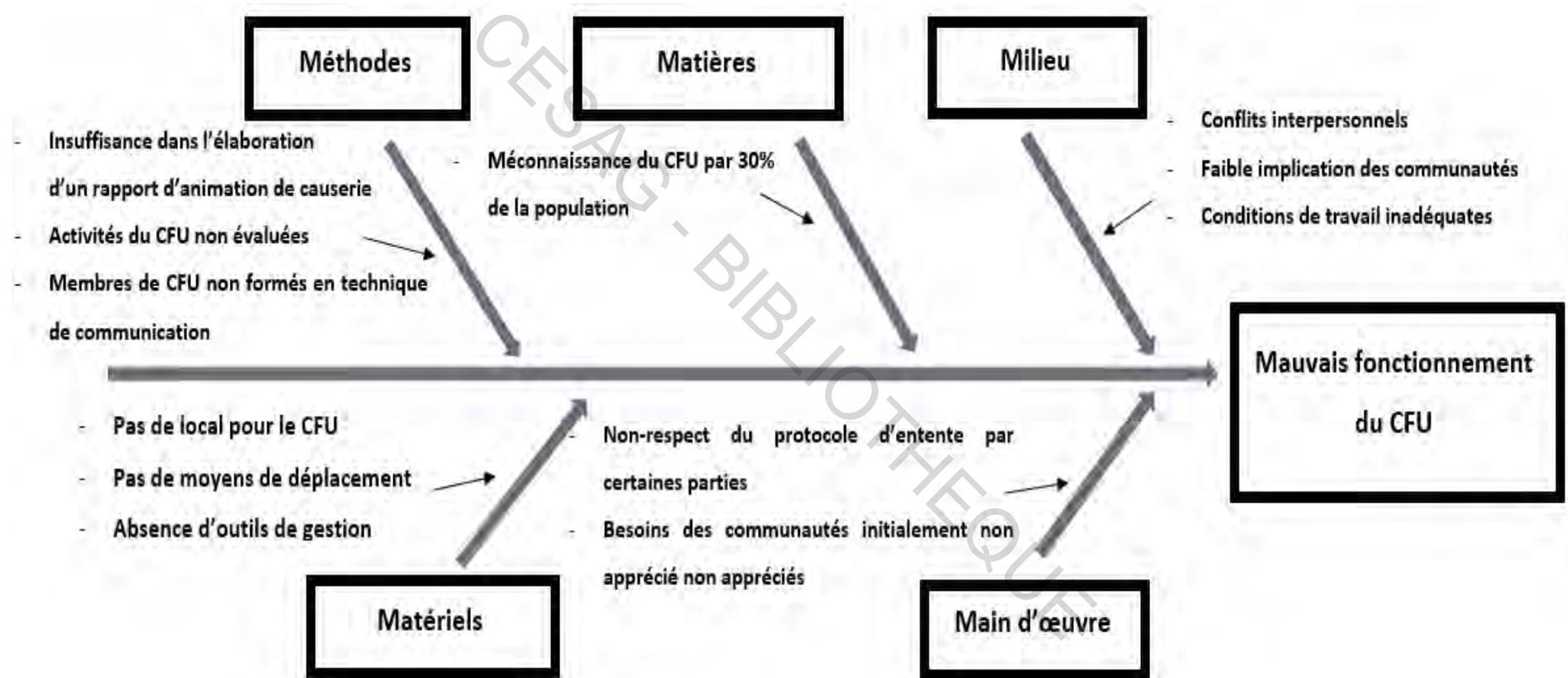


Figure 16: Diagramme d'ISHIKAWA

5.4. Priorisation des causes et validation de la cause principale :

La cause principale du problème a été identifiée par la méthode de vote pondéré.

Le groupe était composé de six membres : 1 représentant du PRSSD, 1 représentant de l'ASACO, 1 représentant de la communauté, 1 agent de santé et 2 membres du CFU. A chaque cause est affectée une lettre A, B, C, D, E. Chaque participant va disposer de 10 points (maximum), et chacun doit attribuer au maximum 5 points par cause. Ces causes sont les suivantes ;

- La faible communication aux populations sur l'existence du CFU(A) ;
- La faible implication des communautés au fonctionnement du CFU (B) ;
- La faible capacité organisationnelle et technique des membres CFU (C) ;
- Le non-respect de certains termes du protocole(D) ;
- Insuffisance d'encadrement du CFU par l'ASACO(E).

Tableau 10: Priorisation des causes et validation de la cause principale

Participants Causes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Score	Rang
A	3	4	2	5	1	2	17	1 ^{er}
B	1	2	3	1	1	3	11	3 ^{ème}
C	2	1	2	1	2	2	10	4 ^{ème}
D	1	1	2	1	2	1	8	5 ^{ème}
E	3	2	1	2	4	2	14	2 ^{ème}

Source : nous-même

La première cause retenue par la méthode de vote pondéré est la cause A qui est la faible communication aux populations sur l'existence du CFU avec un score de 17 points.

La représentation graphique de chaque cause du problème par le diagramme de Pareto

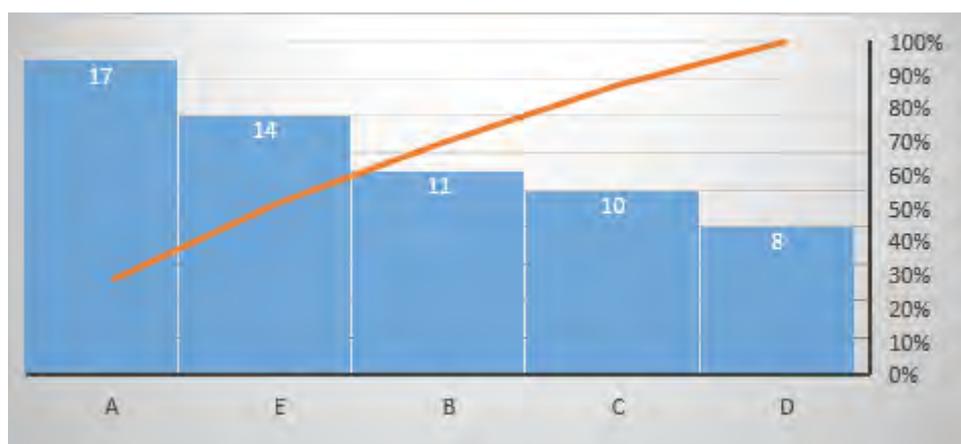


Figure 17: Priorisation des causes du problème (source nous-mêmes)

Selon le diagramme de Pareto, les causes A et E sont responsables de 80% des effets. Ces causes sont :

- faible communication aux populations sur l'existence du CFU
- insuffisance d'encadrement du CFU par l'ASACO

La résolution de ces deux causes pourrait résoudre le problème

Chapitre VI : Identification et priorisation des solutions

Dans ce chapitre, nous allons identifier les solutions au problème lié au mauvais fonctionnement du CFU.

6.1. Identification des solutions

La revue de la littérature nous a permis de répertorier des solutions

6.1.1. Solution selon la littérature

La revue Nexus Santé Canada dans l'article intitulé « Accroître la participation communautaire : condition de réussite et de durabilité », propose des solutions suivantes :

- Créer un environnement qui les incitera à s'impliquer activement.
- Assurer une participation qui leur est profitable,
- Faire mener des actions qui débouchent sur des résultats qui n'auraient jamais été obtenus sans leur participation.

6.1.2. Solution selon notre étude

Pour juguler l'insuffisance de communication sur le CFU, des stratégies de communication de proximité envers les populations ont été proposées :

- a) la communication porte en porte ;
- b) l'utilisation de mégaphone distractif dans les villages et quartiers de l'aire ;
- c) la diffusion radiophonique ;
- d) implication des communicateurs traditionnels ;
- e) l'information sur l'existence et l'utilité du CFU lors de toutes rencontres publiques.

6.1.3. Priorisation des solutions

Le groupe a décidé de combiner toutes les stratégies de communication de proximité afin d'être efficaces, car elles sont faisables, faciles à réaliser et ne nécessitent pas beaucoup de moyens.

- La communication porte en porte ;
- L'utilisation de mégaphone distractif dans les villages et quartiers de l'aire ;
- La diffusion radiophonique ;
- Implication des communicateurs traditionnels ;
- L'information sur l'existence et l'utilité du CFU lors de toutes rencontres publiques.

En plus de la communication le groupe a prévu des mesures d'accompagnement, notamment l'implication des communautés dans tout le processus ainsi que le suivi des activités du CFU par l'ASACO.

6.1.4. Justification du choix de la solution

La combinaison de toutes les stratégies de communication de proximité permet d'atteindre toutes les cibles des villages. Ce sera l'occasion de donner aux populations tous les messages en langue locale sur :

- le rôle et l'utilité du CFU ;
- les activités et les résultats obtenus par le CFU ;
- les activités menées au CSCOM ;
- l'importance de l'implication des communautés dans la gestion de leur santé ;

L'implication des communautés dans les projets de développement doit se faire à tous les niveaux, tout au long du processus car elle permet de garantir l'efficacité des interventions.

Cette implication permet de :

- responsabiliser les communautés ;
- donner un sens à leur travail ;
- se faire considérer ;
- encourager la créativité ;
- valoriser les initiatives locales ;
- mobiliser les ressources locales afin d'assurer la pérennité des interventions.

Toutes ces activités de communication vont renforcer la participation des communautés à l'effort de santé afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité au niveau des couches les plus vulnérables.

6.1.5. Projet de mise en œuvre de la solution retenue

Dans notre étude, la solution retenue est de renforcer la communication sur le CFU envers les communautés ; pour le faire les membres de CFU doivent bénéficier de renforcement de compétence sur les techniques de communication qui ne faisait pas partie de leur programme de formation.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la mise en œuvre de la solution.

– **Objectif général**

L'objectif général de ce projet c'est d'améliorer le niveau de connaissance de la population sur le CFU d'ici Décembre 2018.

– **Objectifs spécifiques :**

- renforcer les compétences de tous les membres du CFU en technique de communication.
- renforcer la communication sur le rôle et les avantages du CFU dans la communauté

– **Cibles**

Ces activités toucheront

- la population générale ;
- les membres de l'ASACO ;
- les membres du CFU.

6.2. Cadre logique

Le cadre logique de la mise en œuvre du projet de renforcement de la communication sur le CFU.

Tableau 11: Cadre logique de la mise en œuvre du projet de renforcement de la communication sur le CFU.

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables(IOV)	Source de vérification	Hypothèse/condition critique
OG : Améliorer d'ici Décembre 2018 le niveau de connaissance de la population de Dougabougou sur le CFU	-Proportion de population de Dougabougou qui connaît le rôle et les avantages du CFU	-Rapport d'enquête CAP sur le CFU	-Disponibilité des membres du CFU -Engagement des partenaires techniques et financiers -Disponibilité de la communauté
OS : OS1 : Renforcer les compétences des membres du CFU sur les techniques de communication. OS2 : Renforcer la communication envers les communautés sur le rôle et les avantages du CFU	-Nombre de membres du CFU formés -Nombre de séance de sensibilisation effectuée	-rapport de formation -Rapport d'activité du CFU	-Disponibilité des membres du CFU -Engagement des partenaires techniques et financiers -Disponibilité de la communauté
R1.1 Les membres du CFU sont dotés de compétence en technique de communication R1.2 La communication sur le rôle et les avantages du CFU a été améliorée	-Nombre de membres de CFU connaissant les techniques de communication	-Rapport de supervision des activités de sensibilisation des communautés par le CFU	-Disponibilité des membres du CFU -Engagement des partenaires techniques et financiers -Disponibilité de la communauté

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables(IOV)	Source de vérification	Hypothèse/condition critique
<p>Activités</p> <p>A1.1 Organisation de l'atelier de formation des membres du CFU en technique de communication</p> <p>A1.2 : confection de manuels de formations pour la sensibilisation</p> <p>A1.3 Organisation des séances de sensibilisation dans la population</p> <p>A2 Suivi évaluation des activités</p>	<p>-Nombre de personnes formées</p> <p>-Nombre de manuels Disponibles</p> <p>-Nombre de séance de sensibilisation effectuée dans la population</p> <p>-Nombre de supervision réalisée</p> <p>-Nombre d'enquêtes CAP réalisées</p> <p>-Nombre de rencontre de dissémination des résultats organisés</p>	<p>-Liste de présence</p> <p>-Rapport de formation</p> <p>-Inventaire des manuels</p> <p>-Rapport d'activités du CFU</p> <p>-Rapport de supervision</p> <p>-Rapport d'enquêtes CAP</p> <p>-Compte rendu des rencontres de dissémination</p>	<p>-Disponibilité des membres du CFU</p> <p>-Engagement des partenaires techniques et financiers</p> <p>-Disponibilité de la communauté</p>

Source : nous-même

6.3. Plan d'action

Le plan d'action des activités sera résumé dans le tableau ci-dessous

Tableau 12: Le plan d'action des activités

Activités	Indicateurs	Responsables	Début	Fin	Ressources	Lieu
A1 Renforcement des capacités des membres de CFU et collaborateurs sur les techniques de communication						
A1.1 : confection de manuels de formations pour la sensibilisation 10 manuels de formateurs plus 50 manuels de participants	-Nombre de manuel de formateur disponible -Nombre de manuel d'apprenant disponible	-PRSSD	- Mer3janv	-Ven5janv	-PRSSD	Markala
A1.2 Organisation de deux ateliers de formation des 23 membres du CFU et 27 collaborateurs en technique de communication	-Nombre d'atelier organisé -Nombre de participants	-PRSSD	Lun 8janv 2018	Ven12jan v 2018	-PRSSD	Bamako
A2 Animation des séances de sensibilisation dans la population	-Nombre de séance animées dans la population -Proportion de population couverte(enquêtes CAP)	-Membres CFU	PRSSD	Lun15janv	Ven15 juin	Dougabougou

<p>A3 Suivi et évaluation du plan d'action</p>	<p>-Nombre de supervisions réalisées -Nombre d'enquête de satisfaction des populations réalisée -Nombre de rencontre de dissémination des résultats du projet</p>	<p>-PRSSD</p>	<p>Lun 2juillet</p>	<p>VEN 20juillet</p>	<p>PRSSD</p>	<p>Dougabougou</p>
---	---	---------------	---------------------	--------------------------	--------------	--------------------

Source : nous-même

6.4. Graphique de Gantt

Avant la mise en œuvre du projet de renforcement de la communication sur le CFU, nous allons le présenter à toutes les parties prenantes, notamment : les représentants des communautés, membres du CFU, autorités coutumières, ASACO, SDLSES, DS, DRDSES, PRSSD

Le tableau décrit le chronogramme du plan de mise en œuvre du projet.

Tableau 13: Chronogramme des activités

Activités	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	juin	juillet	Aout	septembre	Octobre	Novembre	Décembre
A1.1 Formation des membres du CFU et partenaires sur les techniques de communication												
A1.2 Elaboration des modules de formation												
A1.3 Organiser des séances de sensibilisation dans la communauté												
A3 Assurer le Suivi et l'évaluation des activités												

Source : nous-même

6.5. Budget

Tableau 14: Budget de projet de renforcement de la communication sur le CFU.

A l'atelier seront invités une cinquantaine de personnes et se il fera en deux sessions.

Budget pour le renforcement de la communication sur le CFU					
Désignation	Nombre d'unités	Nombres de jours	Cout unitaire	Montant(CFA)	Source de financement
A1.1 Confection de manuel de formateurs et d'apprenants en technique de communication					
Facilitateur	2	3	15000	90000	PRSSD
Expert	1	3	15000	45000	
Représentant PRSSD	1	3	15000	45000	
Fournitures bureau			PRSSD	PRSSD	
Location Salle de travail	1	3	10000	30000	
Pause-café	4	3	1000	12000	
Pause déjeuner	4	3	1500	18000	
Logistique	1	3	PRSSD	PRSSD	
Impression	60	1	3000	180000	
Imprévue				50000	
Sous total				470.000	

A.1.2 Organisation de l'atelier de formation des membres CFU ,ASACO et leaders communautaires					
Salle de conférence	1	10	10000	100.000	PRSSD
Formateurs	2	10	15000	150.000	
Fournitures	50	-----	1500	75.000	
Prise en charge nuitée des participants	50	5	5000	1.250.000	
Secrétaire	1	10	3000	30.000	
Transport participant	50	1	4000	200.000	
Pause-café	50	5	1000	250.000	
Pause déjeuner	50	5	1500	375.000	
Logistique	1	10	-----	PRSSD	
Imprévue				50000	
Sous total				2.480000	
A1.3 Organisation séance de sensibilisation dans la population : est une activité qui sera réalisée par les membres du CFU sur fonds d'engagement communautaire et ne nécessite aucune budgétisation					
A2 Suivi et évaluation des activités					
Supervision des activités du CFU					
Superviseurs	5	2	15.000	75000	

Logistique	-	2	-	30000	PRSSD
Prise en charge des femmes du CFU	-	-	-	-	
Enquêtes CAP auprès des communautés					
Elaboration des outils d'enquêtes				100.000	
Formés les enquêteurs	5		15000	75.000	
Réalisation de l'enquête	5	2	15000	150.000	
Analyse des données	-	-	-	-	
Production de rapport	-	-	-	-	
Rencontre de dissémination des résultats	-	-	-	500.000	
Sous total				500.000	
Total				3.500.000	

Source : nous-même

6.6. Activité de suivi et évaluation :

Le projet sera suivi à travers des activités de supervision à l'aide d'indicateurs qui vont permettre de mesurer les progrès.

Une enquête de satisfaction des populations et sur leurs connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sera effectuée pour mesurer les effets de la sensibilisation sur les populations.

L'amélioration de l'utilisation des services sera appréciée au niveau du CSCOM à travers les indicateurs traceurs qui sont : taux d'achèvement CPN et CPON, couverture vaccinale, taux de prévalence contraceptive, taux de malnutrition chez les enfants de moins de 5ans etc.

Le suivi et l'évaluation sont d'une importance capitale pour la réussite du projet. Il se font du début à la fin d'un projet.

La dissémination des résultats des activités du CFU se fera :

- lors des réunions de restitution communautaire chez le chef de village ;
- lors des réunions mensuelles de coordinations au CSCOM ;
- lors des rencontres de partage des résultats du projet ou revues.

Les canaux de dissémination de l'information seront les rapports d'activités, les dépliants, les bulletins d'information du projet.

6.6.1 Cadre logique de suivi et évaluation

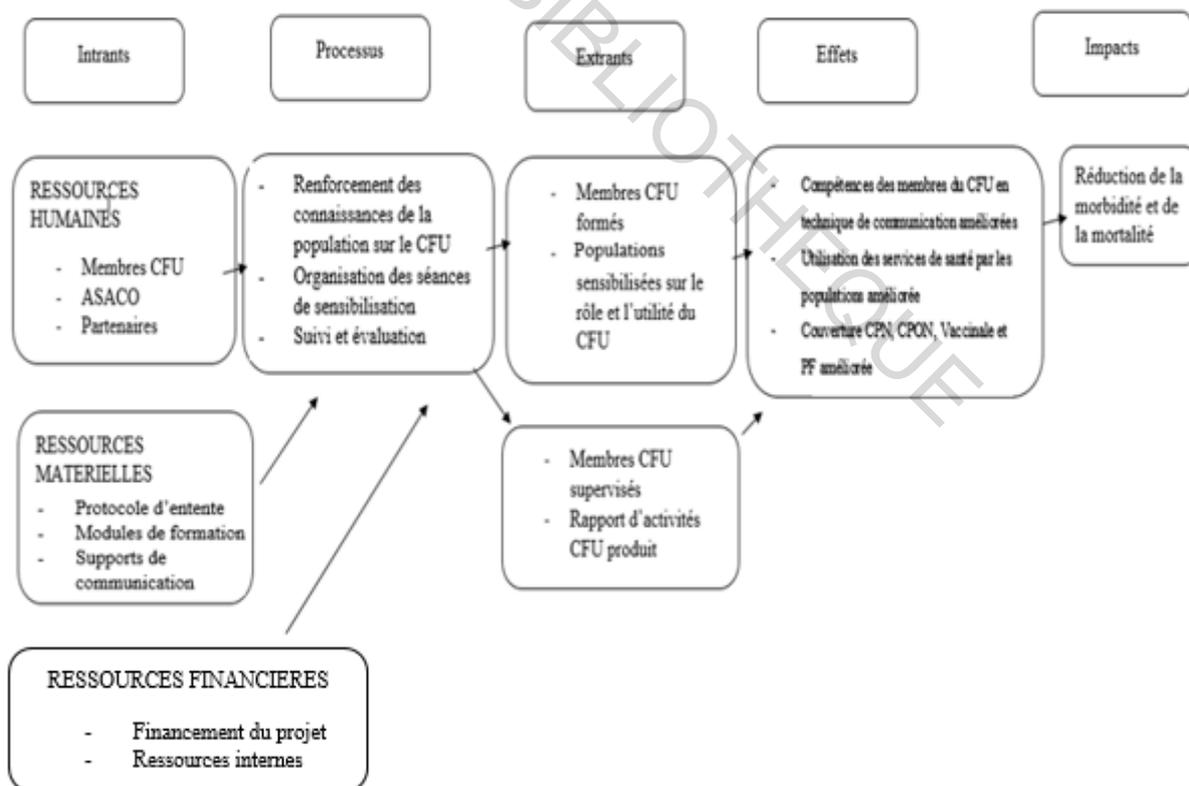


Figure 18: Cadre logique du projet de renforcement de la communication sur le CFU de Dougabougou.

6.6.2. Quelques indicateurs de suivi et évaluation

- Les indicateurs de suivi :
 - o le nombre de membres CFU et collaborateurs formés sur les techniques de communication ;
 - o le nombre de membres CFU supervisés lors d'activités de sensibilisation ;
 - o le nombre de rapports d'activités CFU produits;
- Les indicateurs d'évaluation des résultats d'un projet:
 - o proportion de population connaissant le rôle et l'utilité du CFU.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Notre étude a identifié des dysfonctionnements dans l'organisation du CFU de Dougabougou.

Ainsi nous formulons les recommandations suivantes :

A la Direction Régionale de la Santé de Ségou

- Veiller au respect du protocole d'entente de chaque partie

A la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire

- Veiller au respect du protocole d'entente pour chaque partie ;
- Respecter le chronogramme de sortie des équipes de supervision.

Au District sanitaire de Markala

- Encadrer les activités du CFU par la supervision ;
- Utiliser le CFU comme un moteur de mobilisation communautaire pour toutes les activités socio-sanitaires ;
- Chercher d'autres partenaires pour l'appui technique et financier des organisations communautaires.

Au Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire

- Veiller au respect du protocole d'entente pour chaque partie ;
- Respecter le chronogramme de sortie des équipes de supervision.

Au Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisé

- Veiller au respect du protocole d'entente pour chaque partie ;
- Veiller au respect du chronogramme de décaissement des fonds ;
- Appuyer le renforcement de capacités des membres du CFU.

A l'Association de Santé Communautaire de Dougabougou

- Renforcer la collaboration avec le CFU ;
- Renforcer le dialogue entre les deux associations ;
- Appuyer le CFU dans ses activités de mobilisation sociale en les encadrant ;
- Chercher d'autres partenaires pour l'appui technique et financier surtout avec les collectivités territoriales ;
- Aménager au sein du CSCOM un bureau pour le CFU.

Au Comité des Femmes Utilisatrices des services

- Veiller au respect strict du plan d'action validé et partagé par toutes les parties prenantes ;
- Renforcer le partenariat avec d'autres structures communautaires ;
- Veillez à une gestion efficiente des fonds mis à leur disposition ;
- Impliquer les communautés dans toutes les activités du CFU ;
- Informer régulièrement les communautés sur la mise en œuvre des activités pour renforcer leur participation, leur motivation et leur responsabilisation.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

La pleine participation de la communauté à tout le processus de gestion d'un projet de développement, notamment depuis l'identification initiale des besoins jusqu'à l'évaluation en passant par la planification, la mobilisation des ressources, la mise en œuvre et le suivi est essentielle à sa réussite pour qu'il puisse produire l'impact souhaité.

Au niveau de l'aire de santé de Dougabougou dans le District sanitaire de Markala à Ségou au Mali, l'utilisation des services du CSCOM de la localité était faible.

Une association de femmes regroupées au sein d'un comité appelé CFU avec l'appui d'un projet canadien s'est engagée depuis juin 2016 à mener des activités de promotion de la santé pour contribuer à améliorer la situation sanitaire.

Notre étude s'est proposée d'évaluer le fonctionnement de ce comité après un an d'exécution.

Nous avons identifié des insuffisances qui entravent son fonctionnement à savoir :

- faible communication aux populations sur l'existence du CFU ;
- non prise en compte des besoins des communautés ;
- faible implication des communautés au fonctionnement du CFU ;
- faible capacité organisationnelle et technique des membres du CFU ;
- insuffisance d'encadrement du CFU par l'ASACO ;
- non-respect de certains termes du protocole d'entente entre le CFU et le projet canadien.

De façon consensuelle les parties prenantes ont proposé comme solution de renforcer la communication aux populations sur l'existence du CFU.

Nous sommes persuadés que la mise en œuvre de cette solution accompagnée d'une forte implication des communautés et d'un renforcement des capacités des membres du CFU en techniques de communication va contribuer à améliorer l'utilisation des services du CSCOM et partant la santé des populations de Dougabougou.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages – Revues – Cours :

1. **DIA-TALL A.** Cours de santé publique (2016-2017) Cesag- Sénégal
2. **Institut national de la statistique (INSTAT)** Enquête Démographique et de santé (2012-2013) Mali
3. **Institut national de la statistique**, Monographie du District sanitaire de Markala 2005.
4. **Konaté M, et Al (2003)** Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale de CS communautaire au Mali, UNRIDS.
5. **Konaté M, Kanté B, Djenepo F. (2003).** L'expérience des CSCOM et la stratégie de mise en œuvre de politique sociale au Mali : Etude de cas en milieu urbain et rural.
6. **Ministère de la santé et de l'hygiène publique du Mali (2014-2015)** Journées hospitalières Franco-maliennes. Mali
7. **Ministère des affaires étrangères du Mali (2003).** Evaluation du schéma directeur du système national d'informations sanitaires sociales du Mali. Bamako.
8. **OMS :** Rapport sur la santé dans le monde p49-65 ,2004
9. **Plan Décennal du Développement Sanitaire et Social(PDDSS) 2014-2023 :** Version validée, 2004.
10. **Présentation du PRRSD :** plan de mise en œuvre révisé 2013
11. **Projet de renforcement du système de santé décentralisé :** Règlement intérieur CFU de Dougabougou : Préambule, janvier 2016
12. **Rapport EDSM V 2012-2013** (Enquête Démographie et de la Santé du Mali),5ème édition chapitre ;p. 199
13. **Pineauld. R :** Comprendre le système sanitaire pour mieux gérer (Presses de l'université de Mont réal (p49), septembre 2012
14. **Seck, I.(2016-2017)** cours de santé communautaire Cesag- Sénégal

Webographie

15. Constitution de l'OMS :

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf; Consulté le 6 novembre 2017

- 16. Sombié.I , David O.S Iboudou, André Kanga Soubeiga** :Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé :une étude de cas dans le district sanitaire de Tenkodogo,au Burkina Faso. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975915591685>.(Aout 2015), consulté le 2-novembre-2015.
- 17. Nexus Santé** : Accroître la participation, condition de réussite et de durabilité. Toronto, ONMSG128. 1999-2017;180 Dundas street west, suite 301, <http://www.leblocnotes.ca/node/672>, consulté le 6-11-2017.
- 18. OMS : Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires.**
http://www.who.int/topics/primary_health_care/Alma_Atta_declaration/fr/ le 6 novembre 2017
- 19. Fournier, Potvin .L : Option communautaire 5260** sciences sociales et santé, vol 13 n°2 juin 1995. http://www.persee.fr/doc/sosan-0294-0337-1995_num_13_2_1326:21-5-17
- 20. Tréfois. P : Participation communautaire Alma Ata** : revue, <http://www.uqo.ca/aruc/Fihier/cahiers%20> ,25-5-17
- 21. Wikipedia : Initiative de Bamako,** [http://fr.wikipedia.org/wiki initiative_de_Bamako](http://fr.wikipedia.org/wiki/initiative_de_Bamako), Consulté le 25-5-17

Mémoires

- 22. Barry. D** : Contribution à l'opérationnalisation du système d'information des structures de santé communautaire.Cas de la Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) du Mali. Mémoire CESAG DESS-GSS, 2011-2012
- 23. DIAKITE. S** : Contribution à l'amélioration du système de référence/ évacuation des urgences obstétricales du district sanitaire de Macina(Mali). Mémoire Cesag, 2015-2016 MBA-GSS
- 24. DIARRA L** : Evaluation de la gratuité de la Césarienne dans le district sanitaire de Bla de 2003 à 2015 Région de Ségou Mali. Mémoire Cesag 2015-2016 MBA-GSS
- 25. TRAORE A.K.Z** : Contribution à l'amélioration de la participation communautaire aux activités de lutte contre la malnutrition dans la région de Sikasso au Mali. Mémoire Cesag 2015-2016 MBA-GSS.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vi
LISTE DES ANNEXES	viii
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE D'ETUDE.....	5
Chapitre I : Analyse de l'environnement	6
1.1 Environnement externe.....	6
1.1.1. Présentation géographique du Mali.....	6
1.1.2. Organisation administrative et politique	7
1.1.3. Données socioéconomiques	7
1.1.4. Caractéristiques démographiques et socio sanitaires	8
1.1.5. Politique de santé au Mali	9
1.1.6. Le système de santé communautaire au Mali.....	12
1.1.6.1. Historique.....	12
1.1.6.2 Organisation du système de santé communautaire	14
1.1.6.3. Organisation des structures de santé communautaire	18
1.1.6.4. Financement des structures communautaires	21
1.1.6.5. Gouvernance des structures communautaires	21
1.1.7. Mode de financement de la santé au Mali.....	21
1.2. Environnement interne	23
1.2.1. Cadre d'étude : District sanitaire de Markala.....	23
1.2.1.1. Présentation du district sanitaire de Markala	23
1.2.1.2. Le centre de santé de référence du district de Markala	26

1.2.1.3. L'organisation de l'aire de santé de Dougabougou.....	28
1.2.2. Présentation du Projet de Renforcement du Système de Santé Décentralisé de l'Agence Canadienne pour le Développement International [10].....	31
Chapitre II : Cadre théorique.....	34
2.1. Problématique.....	34
2.1.1. Enoncé du problème.....	34
2.1.2. Ampleur du problème.....	34
2.1.3. Conséquences du problème.....	35
2.2. Cadre conceptuel.....	35
2.2.1 Définition des concepts de base.....	35
2.2.2. Base conceptuelle de la participation communautaire.....	37
2.2.3. Outil d'évaluation de la participation communautaire : La Grille de Bichman.....	37
2.3. Intérêt et justification.....	38
2.3.1. Justification.....	38
2.3.2 Intérêt de l'étude.....	38
2.3.4. Objectifs de l'étude.....	39
2.3.4.1. But.....	39
2.3.4.2. Objectifs.....	39
2 ^{EME} PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE.....	40
Chapitre III : Méthodologie.....	41
3.1. Type d'étude.....	41
3.2. Population cible.....	41
3.3. Période d'étude.....	41
3.4. Echantillonnage.....	41
3.5. Taille de l'échantillon.....	41
3.6. Déroulement de l'étude.....	42
3.7. Méthodes et outils collecte des données.....	42

3.8. Méthodes de traitement et d'analyse des données :	43
3.9. Limites et contraintes :	43
Chapitre IV : Présentation des résultats et analyse	44
4.1. Capacités institutionnelles du CFU :	44
4.2. Le bilan d'exécution du CFU 2016-2017	46
4.3. Evolution des indicateurs traceurs du CSCOM	47
4.4. Perceptions des populations sur le CFU	48
4.5. Connaissance des activités du CFU par les membres du bureau de l'ASACO	50
4.6. Appréciation de la participation communautaire dans le fonctionnement du CFU	51
4.8. Appréciation du protocole d'entente entre le CFU, l'ASACO, le SLDSES, la DRDSES et le PRSSD	52
4.9. Synthèse des résultats de notre étude	56
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS-PLAN DE MISE EN ŒUVRE	58
Chapitre V: Identification et analyse des causes du problème	59
5.1. Les Causes selon la littérature	59
5.2. Les causes selon les résultats de notre étude	60
5.3. Analyse des causes du problème	61
5.4. Priorisation des causes et validation de la cause principale :	62
Chapitre VI : Identification et priorisation des solutions	64
6.1. Identification des solutions	64
6.1.1. Solution selon la littérature	64
6.1.2. Solution selon notre étude	64
6.1.3. Priorisation des solutions	64
6.1.4. Justification du choix de la solution	65
6.1.5. Projet de mise en œuvre de la solution retenue	65
6.2. Cadre logique	66

6.3. Plan d'action.....	68
6.4. Graphique de Gantt	71
6.5. Budget	72
6.6. Activité de suivi et évaluation :.....	74
6.6.1 Cadre logique de suivi et évaluation	75
6.6.2. Quelques indicateurs de suivi et évaluation	76
RECOMMANDATIONS.....	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
TABLE DES MATIERES.....	83
ANNEXES	87

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Mesure de la Participation Communautaire

Annexe 2 : Matrice de participation communautaire de la communauté.

(Adapté de Rifkin, S.B , Muller,F., Bichman, W (1988) « Primary health care : On measuring Participation” Social science and Medicine . 26(9): 931-940

Indicateurs de participation	Mince (aucun)	Restreint (faible)	Moyen (correct)	Ouvert (bon)	Large (excellent)
Evaluation des besoins / planification du projet	Besoins communautaires définis / imposés de l'extérieur , basés uniquement sur des données épidémiologiques / économiques	Point de vue extérieur domine une approche « éducationnelle ». les intérêts de la communauté sont aussi pris en compte	L'AC est un représentant actif des points de vue de la communauté et évalue les besoins de la communauté	Le CP représente activement les points de vue de la communauté et évalue les besoins	Les membres de la communauté en général sont activement impliqués dans l'évaluation des besoins (par exemple par le CP)
Représentation / leadership	L'organisme du projet assume le leadership ; Unilatéral (par ex. une riche minorité) impose le responsable communautaire	Le CP ne fonctionne pas , mais , l'AC travaille indépendamment des groupes d'intérêt sociaux (par ex. riche minorité)	Le CP fonctionne sous la direction d'un AC indépendant	CP actif , prend des décisions	Le CP représente pleinement une diversité d'intérêts dans la communauté et contrôle les actions de l'AC
Organisation	CP imposé / induit par l'organisme du projet et est inactif	CP imposé par l'organisme mais effectue quelques activités	CP imposé par l'organisme du projet mais devenu pleinement actif	CP coopère avec les autres organisations communautaires	Les organisations communautaires présentes ont été impliqués dans la création du CP

Mobilisation des ressources	Aucune ressource réunie ou fournie par la communauté . le CP ne décide d'aucune allocation de ressources	Faible montant de ressources réunies par la communauté. Le CP n'a aucun contrôle sur l'allocation de ces ressources	Mobilisation des ressources par la communauté, contrôle du CP sur les dépenses pour les activités choisies (par ex. Fonds des médicaments)	Mobilisation des ressources par la communauté , contrôle du CP sur l'allocation de ressources	La communauté contrôle les besoins en ressources , réunit des ressources lorsque c'est nécessaire et les alloue
Gestion / mise en œuvre	Induite par l'organisme du projet . CP supervisé uniquement par l'organisme du projet	AC gère de manière indépendante avec quelque implication du CP	Auto gestion du CP sans contrôle des activités de l'AC	Autogestion du CP qui est impliqué dans la supervision de l'AC	AC responsable envers le CP et activement supervisé par le CP
Evaluation	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet. Critères de réussite entièrement déterminés par le personnel du projet	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet. Critères de réussite déterminés par le personnel du projet avec quelque apport de l'AC	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet . Critères de réussite déterminés par le personnel du projet et l'AC avec un apport du CP	Evaluation menée par personnel de l'organisme du projet et l'AC . Critères de réussite déterminés par le CP , avec l'aide du personnel du projet	Evaluation menée par le CP . Critères de réussite établis par le CP , avec l'aide du personnel du projet

AC : Agent communautaire
CP : Comité de pilotage

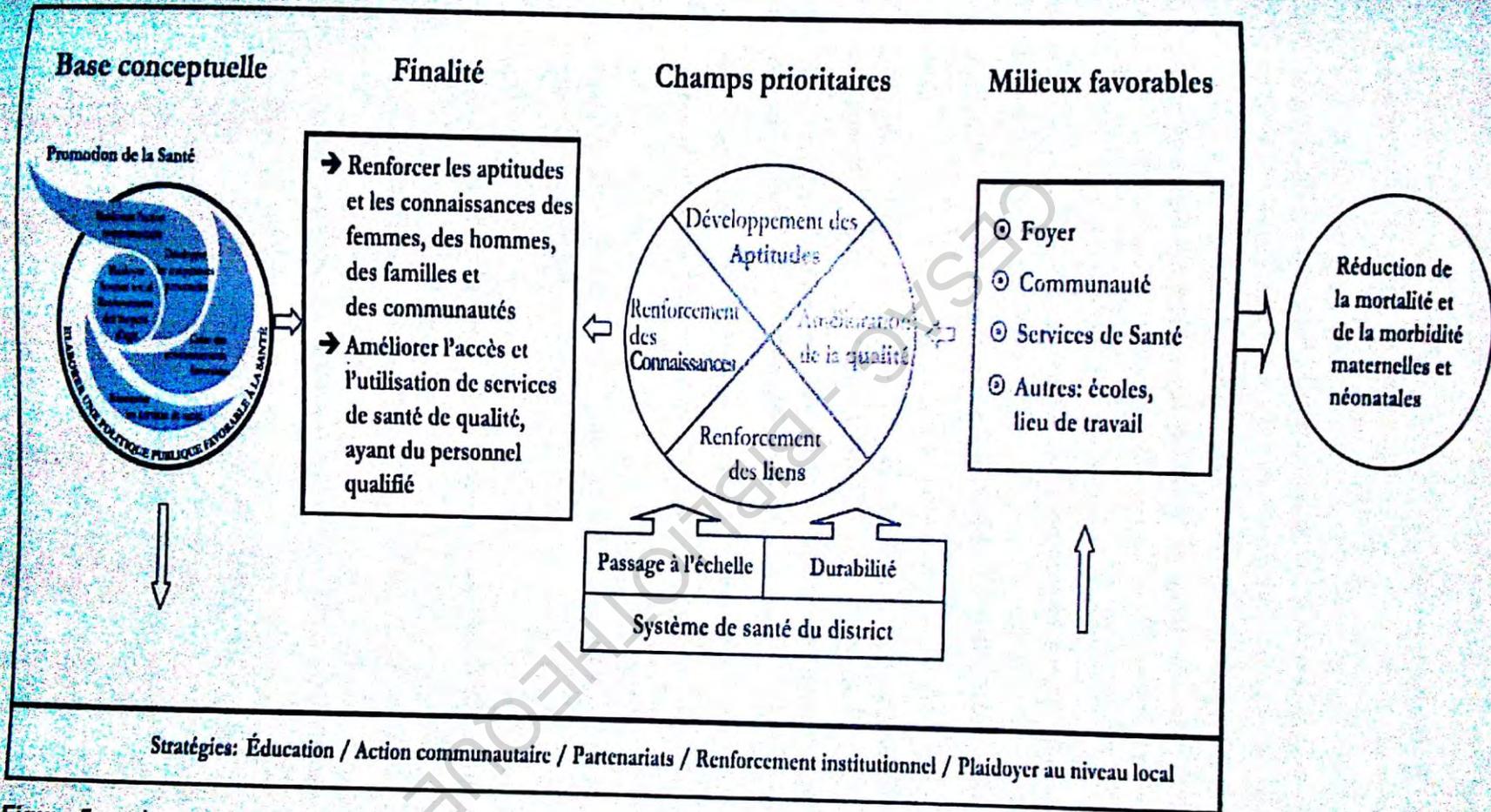


Figure 5: cadre conceptuel approche IFC

Source : OMS

Questionnaire Chef de ménage de l'aire de santé de Dougabougou ou l'épouse

Q1 Avez-vous entendu parler du CFU de Dougabougou ? Oui /___/ Non /___/

Q1a Si Oui en vos propres termes comment définissez-vous le CFU.....

.....

Q2 Quel est le rôle du CFU dans l'amélioration de la santé des populations de l'aire de santé de Dougabougou ?.....

.....

Q3 Quelles sont activités menées par le CFU de Dougabougou dans le domaine de la santé ?.....

.....

Q4 Avez-vous suivi une séance de sensibilisation animée par les membres du CFU de Dougabougou ? Oui /___/ Non /___/

Q4a Si oui, quelle appréciation faites-vous de cette séance de sensibilisation.....

.....

Q5 Selon vous est ce que le CFU de l'aire de santé de Dougabougou est utile dans l'amélioration de la santé des populations ? Oui /___/ Non /___/

Q5a. Si oui donner au moins une valeur ajoutée du CFU de Dougabougou dans le cadre de l'utilisation des services de santé par les populations ?.....

.....

Q5b. Si Non justifiez votre réponse :.....

.....

Q6. Quels autres appuis le CFU de Dougabougou peut apporter à la santé communautaire de son aire ?.....

.....

Q7. Etes-vous satisfait du travail mené par les membres de CFU dans votre aire de santé ? Oui /___/ Non /___/

Q7a. Si Oui niveau de satisfaction : Très satisfait /___/ Satisfait /___/ un peu satisfait/___/

Q7b. Si non qu'est ce vous reprochez aux membres du CFU de Dougabougou.....

.....

Questionnaire membres du CFU

Mesurer le niveau de connaissance des membres de CFU sur les formations reçues ; leadership féminin, santé communautaire, droit et santé ;

- I. Leadership féminin
- II. Santé communautaire
- III. Droit et santé

Q3.1 Donner une définition des droits humains

.....

Q3.2 Donner une caractéristique des droits humains.....

.....

Q3.3 Donner un principe des droits humains

.....

Q3.4 Donner un exemple de droits humains

.....

Q3.5 Donner un exemple de violation des droits humains dans un centre de santé.....

.....

Q3.6 Donner deux critères d'évaluation de la qualité des soins dans un centre de santé

.....

Q3.7 Donner un rôle de prestataire de service pour la promotion des droits à la santé dans son service

**GUIDE D'ENTRETIEN SUR L'ETAT D'EXECUTION DU PROTOCOLE ADRESSE
A CHACUN DES ACTEURS CONCERNES**

1. Suivi de l'exécution des rôles de la DRDSES

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
La DRDSES a-t-elle assuré le suivi trimestriel du SLDSES dans son appui au CFU ?			
La DRDSES a-t-elle appuyé le CFU dans la recherche de financements additionnels ?			
La DRDSES a-t-elle participé au suivi semestriel de la mise en œuvre des activités du plan d'action des CFU ?			
La DRDSES a-t-elle appuyé le renforcement du partenariat avec d'autres intervenants (ONG, PTF intervenant dans le domaine de la promotion de la santé) ?			
La DRDSES a-t-elle Transmis aux différents partenaires (ASACO, Mairie, CC et PRSSD) le plan d'action validé du CFU pour financement ?			

2. Suivi de l'exécution des rôles du SLDSES

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le SLDSES a-t-il Appuyé le CFU dans l'élaboration, la validation et la mise en œuvre de son plan d'action ?			
Le SLDSES a-t-il assuré le renforcement des capacités des membres du CFU eu égard à leurs missions ?			

Le SLDSES a-t-il Assuré le suivi mensuel de la mise en œuvre des activités du plan d'action des CFU et fournir un rapport ?			
---	--	--	--

3. Suivi de l'exécution des rôles de l'ASACO

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
L'ASACO a-t-elle Validé le plan d'action des CFU ?			
L'ASACO a-t-elle Facilité la participation du point focal CFU à ses réunions statutaires ?			
L'ASACO a-t-elle Suivi mensuellement et évalué la mise en œuvre des plans d'action des CFU ?			
L'ASACO a-t-elle acheminé le plan d'action validé du CFU à la DRDSES à travers le SLDSES ?			

4. Suivi de l'exécution des rôles du CFU

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le CFU a t-il élaboré un plan d'action qui tient compte de celui du CSCOM ?			
Le CFU a-t-il élaboré soumis le plan d'action à l'approbation de l'ASACO ?			
Le CFU a-t-il ouvert un compte dans une structure de micro-finance ?			
Le CFU a-t-il mis en œuvre les activités inscrites dans le plan d'action ?			
Le point focal CFU a-t-il participé aux réunions statutaires de l'ASACO ?			
Le CFU travaille t-il en étroite collaboration avec l'ASACO en l'impliquant dans toutes les activités à entreprendre ?			

Le CFU tient-il ses réunions statutaires en conformité avec son règlement intérieur ?			
Le CFU assure t-il une gestion saine et efficiente des fonds mis à sa disposition ?			
Le CFU élabore t-il un rapport (d'activité et financier) trimestriel et annuel sur la mise en œuvre des activités du plan d'action ?			

5. Suivi de l'exécution des rôles du PRSSD

Activités prévues dans le protocole	Activités réalisées		Commentaires
	Oui	Non	
Le PRSSD a-t-il vérifié la conformité des activités programmées à l'esprit du protocole ?			
Le PRSSD a t-il participé au financement des activités du plan d'action du CFU ?			
Le PRSSD a-t-il contribué au renforcement des capacités techniques des membres des CFU ?			
Le PRSSD a-t-il suivi semestriellement la mise en œuvre du plan d'action du CFU ?			

Guide Focus groupe CFU

Q1. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de la communauté.....

.....

.....

.....

.....

Q2. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit du CSCOM.....

.....

.....

.....

Q3. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de l'ASACO.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les difficultés rencontrées par le CFU dans la mise en œuvre de son plan d'action.....

.....

Quelles sont les difficultés rencontrées par le CFU dans son fonctionnement.....

.....

Guide Focus groupe CSCOM /ASACO

Q1. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de la communauté.....

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

Q2. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit du CSCOM.....

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

Q3. Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de l'ASACO.....

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

Quelles sont les difficultés rencontrées dans votre collaboration avec le CFU.....

.....

Guide Focus Groupe CSCOM/ASACO

Questions	Réponses
Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de la communauté ?	
Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit du CSCOM ?	
Quelles sont les activités menées par le CFU depuis sa création à l'endroit de l'ASACO?	
Quelles sont les difficultés rencontrées dans votre collaboration avec le CFU ?	
Propositions de solutions pour améliorer la collaboration entre les deux organisations	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Questionnaire membres du CFU

I. Formation en santé communautaire

Appréciation de la mise en pratique des connaissances acquises (compréhension du rôle dans l'environnement organisationnel de la santé communautaire) après la formation sur le système de santé communautaire?

Transfert de connaissance

Q1.1. Pour l'augmentation du nombre de femmes déléguées lors de l'assemblée générale de renouvellement des organes de l'Association de santé communautaire (ASACO), le CFU s'est-il adressé: Au Maire / / Aux chefs de villages/quartiers / / Au directeur technique du CSCOM /

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

Q1.1.2. Combien de femmes ont intégré le bureau de l'ASACO depuis la mise en place du CFU ?

Q1.1.3. Quels sont les postes occupés par ces femmes ?

Q1.2. Pour toute plainte des femmes des villages/quartiers concernant des problèmes rencontrés dans le CSCOM, le CFU s'adresse à qui ? : A la Mairie / / A l'ASACO / / Au directeur technique du CSCOM /

Justifiez votre réponse.....

L'utilité de la formation et les changements obtenus :

Q1.3. Pour l'augmentation du nombre d'utilisatrices des services, le CFU a mené des activités promotionnelles : Oui / / Non /

Q1.3a. Si oui, quel est le nombre en mobilisation sociale / /, en sensibilisation sur la nutrition / /, en sensibilisation sur l'hygiène/assainissement /

Q1.3b. Quel est le rôle joué par le CFU dans la référence/évacuation du village au CSCOM ?

Q1.3c. Quels sont les rapports fonctionnels entre les CFU et les relais communautaires dans l'aire de santé ?

II. Formation en leadership

Appréciation de la mise en pratique des connaissances acquises après la formation sur le leadership féminin (compréhension du rôle de leader dans la mise en œuvre des activités)?

Transfert de connaissance

Q2.1. Après la formation en leadership féminin, les rôles suivants ont été efficacement joués par les responsables du CFU :

Q2.1.a. Animation du CFU (par exemple la tenue régulière des réunions...) : Oui / / Non /

Q2.1.b. Planification des activités (par exemple les sorties dans les villages/quartiers...) : Oui / / Non /

Q2.1.c. Organisation (par exemple autour de la tenue des cahiers de gestion...) : Oui / / Non /

Q2.1.d. Information/Communication (par exemple dans les villages/ quartiers...) : Oui / / Non /

Q2.1.e. Contrôle (par exemple de la mise en œuvre des activités d'assainissement)

L'utilité de la formation et les changements obtenus :

Q2.2.a. Pour faire entendre la voix des femmes et valoriser leurs expériences propres en tant qu'actrices qui sont au centre de la santé de leurs enfants/ familles et qui vivent des problèmes graves de santé, le CFU a-t-il entrepris des actions pour faire représenter et faire participer les femmes aux activités de la santé communautaire ? : Oui / / Non /

Q2.2.b. Si oui, citer deux (2) exemples.....
.....

Q2.3.a. Après la formation en leadership féminin, la prise de parole en public des membres du CFU a-t-elle été améliorée ? Oui / / Non /

Q2.3.b. Si oui, citer deux (2) exemples.
.....

Q2.3.c. Citez au moins deux décisions qui ont été influencées par le CFU après la formation des membres sur le leadership
.....
.....

Q2.3.d. Après cette formation être vous capables d'élaborer le rapport d'une séance d'animation?

Justifiez votre réponse.....

III. Droit et santé

Q3.1. Donner un exemple de droit humain

Q3.2. Donner un exemple de droit à la santé.....

Q3.3. Donner une Caractéristique des droits humains.....

Q3.4. Donner un exemple de droits humains

Q3.5. Donner un exemple de violation de droit à la santé dans un centre de santé.....

Q3.6. De telle violation de droit à la santé existe-elle dans votre CSCOM ? Oui / / Non /

Q3.6.1. Si Oui, quel doit être le rôle du CFU pour corriger cette situation

Q3.7. Donner un rôle des agents de santé pour la promotion des droits à la santé dans votre CSCOM...

L'utilité de la formation et les changements obtenus

Q3. 8. A partir des exemples quel est l'état d'application des critères ci-dessous cités pour évaluer les soins médicaux au niveau de votre CSCOM après la formation des membres CFU sur le module droit/santé?

Accessibles.....

Disponibles.....

Acceptables/adaptés.....

Qualité.....

Q.3.9. Quelles sont vos suggestions pour mieux jouer votre rôle afin d'améliorer le respect du droit à la santé des populations de l'aire de santé?

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

REGION DE SEGOU

« « « « « »

CERCLE DE SEGOU

« « « « « »

AIRE DE SANTE DE DOUGABOUGOU

« « « « « »

COMITE DE FEMMES UTILISATRICES

DE SERVICE DE SANTE (CFU) DE DOUGABOUGOU

« « « « « »

REGLEMENT INTERIEUR DE « CFU DOU KANOUYA »

CSAG - BIBLIOTHEQUE

PREAMBULE

- Vu la faible participation des femmes dans les organes de gestion des associations de santé communautaire (ASACO) de Dougabougou;
- Vu la faible utilisation des services de santé par les femmes de Dougabougou;
- Vu l'importance de la participation des femmes dans la promotion de la santé.

Nous, femmes des 10 villages et quartiers et 12 hameaux de l'aire de santé de Dougabougou, avons décidé de la création d'un comité des Femmes Utilisatrices des Services du Centre de Santé Communautaire de Dougabougou (**CFU-DOU <<KANOUYA>>**). Il a été mis en place le 05 janvier 2016.

Le comité est apolitique et a but non lucratif.

Siège : Le siège du CFU se trouve au CSCOM de Dougabougou et peut être transféré partout dans le ressort de l'aire de santé sur décision de l'assemblée générale.

Sigle : **CFU-DOU << KANOUYA >>**

Le comité des femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de Dougabougou est apolitique et à but non lucratif.

Il est dirigé par un bureau de vingt-trois (23) membres dont un(1) point focal, deux(2) présidentes d'honneur et vingt (20) membres actifs sont élus en assemblée générale pour un mandat de trois (3) ans renouvelable. Les membres du bureau sont élus à la majorité absolue. Le bureau est l'organe exécutif du comité.

I. OBJECTIFS

Le présent règlement intérieur fixe les règles de fonctionnement du dit comité.

ARTICLE 1 : L'objectif visé par ce comité est d'améliorer le cadre de vie de la population des villages, quartiers et hameaux de l'aire de Dougabougou en matière de santé, d'hygiène et de sécurité alimentaire. Il s'agit entre autres de :

- organiser des séances de sensibilisation de proximité (émission de radio – page horaire santé) ;
- appuyer l'ASACO dans la vente des cartes de membres ;
- faire le suivi des activités de l'ASACO ;
- amener les femmes enceintes à fréquenter le CSCOM ;
- aider les femmes à appliquer les bonnes pratiques d'hygiène de la mère et de l'enfant ;
- promouvoir de la bonne pratique nutritionnelle ;
- aider les femmes à l'élaboration des projets d'assainissement pour la protection de l'environnement;
- collaborer avec les relais communautaires et les agents de santé communautaires dans les villages.

II. FONCTIONNEMENT

ARTICLE 2 : Le comité est l'organe consultatif et est composé d'un bureau qui comprend vingt-trois (23) membres répartis comme suit :

- Deux (2) Présidentes d'honneur ;
- Une (1) Présidente ;
- Une (1) vice-présidente ;
- Une (1) secrétaire administrative ;
- Une (1) secrétaire administrative Adjointe;
- Une (1) trésorière;
- Une (1) trésorière adjointe ;
- Une (1) secrétaire à l'organisation;
- Deux (2) secrétaires à l'organisation adjointes;
- Une (1) secrétaire chargée aux relations extérieures ;
- Deux (2) secrétaires chargées aux relations extérieures adjointes ;
- Deux (2) secrétaires à l'information et à la communication ;
- Une (1) commissaire aux conflits ;
- Deux (2) Commissaires aux conflits adjointes;
- Une (1) Commissaire aux comptes ;
- Deux (2) commissaires aux comptes adjointes;
- Un point focal.

Le comité exécutif comprend :

- Une présidente ;
- Une secrétaire à l'information et organisation ;
- Une secrétaire administrative ;
- Une trésorière ;
- Un point focal.

ARTICLE 3 : Le comité est ouvert à toutes les femmes de l'aire de santé de Dougabougou sans considération ethnique, religieuse ou politique.

ARTICLE 4 : Le comité est composé des femmes des villages, quartiers et hameaux de l'aire de santé de Dougabougou. Pour le bon fonctionnement du comité une cotisation mensuelle de 250 francs CFA sera payée par les membres de bureau afin de subvenir aux charges.

La carte de membre est fixée à 500 FCFA.

ARTICLE 5 : Le bureau se réunit une fois par mois en session ordinaire et il peut aussi se réunir en session extraordinaire sur convocation de la présidente ou de la moitié des membres.

Cette réunion est tenue le premier jeudi de chaque trimestre à 15 heures précises au CSCOM de Dougabougou.

Le bureau ne peut valablement délibérer qu'en présence de la moitié plus un de ses membres actifs.

En cas d'absence ou de retard non motivée dans les réunions le membre paye 200 FCFA.

ARTICLE 6 : Les activités du bureau doivent être consignées dans un plan d'actions élaboré conformément aux missions de l'ASACO.

ARTICLE 7 : Tout membre du comité peut démissionner librement. La démission peut être écrite ou verbale et doit être adressée à la présidente. En aucun cas, la démission ne donne droit à aucun remboursement.

ARTICLE 8 : Le comité comprend des membres d'honneur et des membres actifs.

Sont considérés comme membres d'honneur, toute personne pouvant apporter un soutien matériel, financier et ou moral au comité. Et les membres actifs sont ceux qui payent régulièrement les cotisations et qui participent à toutes les activités du comité. Toutefois, pour la bonne marche de ses activités, le CFU peut faire appel à toutes personnes physiques ou morales.

ARTICLE 9 : La qualité de membre actif se perd à travers les cas suivants :

- Décès ;
- Démission ;
- Exclusion ;
- Non paiement des cotisations mensuelles pendant trois (3) mois successifs.
- Non-participation aux réunions pendant 4 mois

III. L'assemblée générale

ARTICLE 10 : L'assemblée générale est l'instance suprême à ce titre, elle comprend tous les membres et est chargée de :

- l'adoption du règlement intérieur ;
- l'élection des membres du bureau ;
- l'adoption du plan d'action ;
- la fixation du montant des cotisations et des cartes ;
- la dissolution du comité.

ARTICLE 11 : L'assemblée générale se réunit deux (2) fois par an en session ordinaire. Elle peut aussi se réunir en session extraordinaire sur demande de la présidente ou de la majorité des membres.

L'assemblée générale ne peut se réunir valablement qu'en présence de la moitié des membres qui la composent. Les décisions de l'assemblée générale sont prises à la majorité absolue.

IV- BUREAU

- **ARTICLE 12** : Le bureau ne peut valablement délibérer qu'en présence de la moitié, plus un de ses membres. En cas d'égalité des membres présents, la voix de la présidente est prépondérante. Après deux (2) convocations successives pour une délibération, la troisième convocation permet au bureau de délibérer même si le quorum n'est pas atteint à la majorité des votants.

V. DU COMITE EXECUTIF

Article 13 : Les membres du comité exécutif sont pris parmi ceux du *bureau exécutif*. Il se réunit une fois par mois en session ordinaire. Il peut tenir des sessions extraordinaires sur demande de la présidente ou de la moitié, plus un de ses membres. Les réunions du comité exécutif se tiennent les premiers... de chaque mois.

Article 14 : Le comité exécutif ne peut valablement délibérer qu'en présence de la moitié plus un de ses membres.

Après deux convocations successives pour une délibération, la troisième convocation permet au comité exécutif de délibérer même si le quorum n'est pas atteint à la majorité des votants.

Article 15 : Les décisions du comité exécutif sont prises à la majorité simple. En cas de partage des voix, celle de la présidente est prépondérante.

IV. ATTRIBUTION DES MEMBRES DU BUREAU

LA PRESIDENTE : Elle est la première responsable du bureau, à ce titre elle :

- engage tous les actes entre l'ASACO et bureau du CFU ;
- convoque et préside les réunions et les assemblées ;
- ordonne les dépenses.

LA VICE PRESIDENTE : Elle remplace la présidente en cas d'absence ou d'empêchement. La présidente peut lui déléguer certaines de ses attributions.

LA SECRETAIRE ADMINISTRATIVE : Elle est chargée de la rédaction des procès verbaux de réunions, assemblées et rencontres des réunions. Elle est chargée de la conservation des archives.

LA SECRETAIRE ADMINISTRATIVE ADJOINTE :

Elle assiste et remplace la secrétaire administrative en cas d'absence ou d'empêchement,

LA TRESORIERE GENERALE : Elle assure la gestion des fonds du bureau. Elle contresigne avec la présidente toutes les sorties et rentrées d'argent. Elle est secondée par une adjointe.

LA TRESORIERE GENERALE ADJOINTE : Elle assiste et remplace la trésorière générale en cas d'absence ou d'empêchement

LA SECRETAIRE A L'ORGANISATION : Elle assure l'organisation matérielle de toutes les activités et manifestations du bureau. Elle est secondée par deux (2) adjointes qui l'assistent.

LA SECRETAIRE AUX RELATIONS EXTERIEURES : Elle est responsable des prises de contact et du renforcement des liens de collaboration entre le CFU et ses partenaires sur instruction du bureau.

En cas d'absence ou d'empêchement elle est remplacée par l'une de ses deux (2) adjointes.

LA SECRETAIRE A L'INFORMATION ET A LA COMMUNICATION : Elle est chargée d'une part des questions d'information, de communication et de sensibilisation au sein du CFU et d'autre part entre le CFU et ses partenaires. Elle est secondée par deux (2) adjointes qui la remplacent en cas d'absence ou d'empêchement.

LES SECRETAIRES AUX CONFLITS : Elles sont chargées de régler les différends entre les membres du comité et entre le CFU et ses partenaires.

LES SECRETAIRES AUX COMPTES : Elles vérifient le travail des trésoriers, contrôlent la régularité de toutes les opérations financières et gestion de matériels

Le Point Focal : Elle est l'intermédiaire entre l'ASACO et le Comité exécutif. Elle est chargée de discuter les plaintes enregistrées et les propositions de solution.

V. RESSOURCES

ARTICLE 16 : Les ressources de l'association proviennent de :

- Cotisations mensuelles ;
- Vente des cartes de membres ;
- Dons et legs ;
- Produits des activités génératrices de revenus ;
- Subventions ;
- Ressources non interdites par les dispositions légales et réglementaires en vigueur au Mali.

VI. SANCTIONS

ARTICLE 17 : Les sanctions sont l'avertissement, la suspension et l'exclusion.

ARTICLE 18 : L'avertissement est notifié par le bureau à la suite absences non justifiées aux réunions et activités du bureau.

ARTICLE 19 : La suspension est prononcée par le bureau à la suite de manquement grave d'un membre à ses devoirs et l'assemblée générale en est informée.

ARTICLE 20 : L'exclusion d'un membre ne peut être prononcée que par l'assemblée générale. Elle est consécutive à des fautes ou agissements contraires aux objectifs du bureau ou pouvant nuire à son image.

VII. DISSOLUTION ET DEVOLUTION

ARTICLE 21 : Les dispositions du règlement intérieur ne peuvent être modifiées que par l'assemblée générale à la majorité des 2/3.

ARTICLE 22 : La dissolution du bureau ne peut être prononcée que par l'assemblée générale à la majorité des 2/3.

ARTICLE 23 : En cas de dissolution, les biens du CFU seront dévolus à la commune rurale de Dougabougou pour attribution à d'autres organisations similaires.

Dougabougou, le 05 janvier 2016.

CESAG - BIBLIOTHEQUE