

Volume 2, Numéro 11, Juin 2024



Revue du Laboratoire Africain de Démographie  
et des Dynamiques Spatiales

ISSN : 2707-0395

“  
*Mieux comprendre l'espace,*  
”

**Courriel:** [revuegeovision@gmail.com](mailto:revuegeovision@gmail.com)  
**Site web:** [www.revuegeovision.laboraddys.org](http://www.revuegeovision.laboraddys.org)  
(+225) : 07 07 06 91 71/ 01 03 51 07 52  
WhatsApp : +225 07 09 76 62 78

## INDEXATIONS



TOGETHER WE REACH THE GOAL

Journal details : <http://sjifactor.com/passport.php?id=23386>



<https://reseau-mirabel.info/revue/17310/Geovision>



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/150985>

## **ADMINISTRATION DE LA REVUE**

**Directeur de publication** : Pr MOUSSA Diakité, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

**Rédacteur en chef** : Pr LOUKOU Alain François, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

**Rédacteur en chef adjoint** : Dr ZAH Bi Tozan, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

## **SECRETARIAT DE RÉDACTION**

Dr DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr FOFANA Bakary, Géographe, Chercheur Indépendant

Dr ADOU Bosson Camille, Géographe, Enseignant-Chercheur, Université de Bondoukou (Côte d'Ivoire)

Dr TANOAH Ané Landry, Géographe, Chercheur Indépendant

## **COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE**

Pr MOUSSA Diakité, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BÉCHI Grah Félix, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

PhD : Inocent MOYO, University of Zululand (Afrique du Sud) / Président de la Commission des études africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI)

Pr AFFOU Yapi Simplicie, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ALOKO N'guessan Jérôme, Université Félix Houphouët Boigny Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)

Pr ASSI-KAUDJHIS Joseph P., Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr BIGOT Sylvain, Université Grenoble Alpes (France)

Professor J.A. BINNS, Géographe, University of Otago (Nouvelle-Zélande)

Pr BOUBOU Aldiouma, Université Gaston Berger (Sénégal)

Pr BROU Yao Télésphore, Université de La Réunion (La Réunion-France)

Pr Momar DIONGUE, Université Cheick Anta Diop (Dakar-Sénégal)

Pr Emmanuel EVENO, Université Toulouse 2 (France)

Pr KOFFI Brou Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr KONÉ Issiaka, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr Nathalie LEMARCHAND, Université Paris 8 (France)

Pr Pape SAKHO, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr SOKEMAWU Koudzo Yves, Université de Lomé (Togo)

Dr Ibrahim SYLLA, Université Cheick Anta Diop, (Dakar-Sénégal)

Pr LOUKOU Alain François, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Pr VEI Kpan Noel, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ZAH Bi Tozan, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) DIOMANDÉ Béh Ibrahim, Université Alassane Ouattara (Bouaké- Côte d'Ivoire)

Dr (MC) SORO Nabegue, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) KOFFI Kan Émile, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

Dr (MC) ETTIEN Dadja Zenobe, Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)



## INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Dans le souci d'uniformiser la rédaction des communications, les auteurs doivent se référer aux normes du Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et Sciences Humaines/CAMES. En effet, le texte doit comporter un titre (Times New Roman, taille 12, Lettres capitales, Gras), les Prénom(s) et NOM de l'auteur ou des auteurs, l'institution d'attache, l'adresse électronique de (des) auteur(s), le résumé en français (250 mots), les mots-clés (cinq), le résumé en anglais (du même volume), les keywords (même nombre que les mots-clés). Le résumé doit synthétiser la problématique, la méthodologie et les principaux résultats. Le manuscrit doit respecter la structure d'un texte scientifique comportant : Introduction (Problématique ; Hypothèse compris) ; Approche méthodologique ; Résultats et Analyse ; Discussion ; Conclusion ; Références bibliographiques. Le volume du manuscrit ne doit pas excéder 15 pages, illustrations comprises. Les textes proposés doivent être saisis à l'interligne 1, Times New Roman, taille 11.

**1. Les titres des sections du texte doivent être numérotés de la façon suivante :** 1. Premier niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras) ; 1.1. Deuxième niveau (Times New Roman, Taille de police 12, gras, italique) ; 1.2.1. Troisième niveau (Times New Roman, Taille de police 11, gras, italique).

**2. Les illustrations :** les tableaux, les cartes, les figures, les graphiques, les schémas et les photos doivent être numérotés (numérotation continue) en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte. Ils doivent comporter un titre concis, placé au-dessus de l'élément d'illustration (centré ; taille de police 11, gras). La source (centrée) est indiquée en dessous de l'élément d'illustration (Taille de police 10). Ces éléments d'illustration doivent être annoncés, insérés puis commentés dans le corps du texte.

**3. Notes et références :** 3.1. Éviter les références de bas de pages ; 3.2. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, ainsi qu'il suit : -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'auteur, année de publication, pages citées. Exemple : (D. MOUSSA, 2018, p. 10) ; -Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms et Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées). Exemple : D. MOUSSA (2018, p. 10).

**4. La bibliographie :** elle doit comporter : le nom et le (les) prénom (s) de (des) auteur(s) entièrement écrits, l'année de publication de l'ouvrage, le titre, le lieu d'édition, la maison d'édition et le nombre de pages de l'ouvrage. Elle peut prendre diverses formes suivant le cas :

- *pour un article* : LOUKOU Alain François, 2012, « La diffusion globale de l'Internet en Côte d'Ivoire. Évaluation à partir du modèle de Larry Press », in *Netcom*, vol. 19, n°1-2, pp. 23-42.

- *pour un ouvrage* : HAUHOUOT Asseyo Antoine, 2002, *Développement, aménagement, régionalisation en Côte d'Ivoire*, EDUCI, Abidjan, 364 p.

- *un chapitre d'ouvrage collectif* : CHATRIOT Alain, 2008, « Les instances consultatives de la politique économique et sociale », in Morin, Gilles, Richard, Gilles (dir.), *Les deux France du Front populaire*, Paris, L'Harmattan, « Des poings et des roses », pp. 255-266.

- *pour les mémoires et les thèses* : DIARRASSOUBA Bazoumana, 2013, *Dynamique territoriale des collectivités locales et gestion de l'environnement dans le département de Tiassalé*, Thèse de Doctorat unique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, 489 p.- *pour un chapitre des actes des ateliers, séminaires, conférences et colloque* : BÉCHI Grah Felix, DIOMANDE Beh Ibrahim et GBALOU De Sahi Junior, 2019, Projection de la variabilité climatique à l'horizon 2050 dans le district de la vallée du Bandama, Acte du colloque international sur « *Dynamique des milieux anthropisés et gouvernance*

*spatiale en Afrique subsaharienne depuis les indépendances* » 11-13 juin 2019, Bouaké, Côte d'Ivoire, pp. 72-88

- Pour les documents électroniques : INS, 2010, *Enquête sur le travail des enfants en Côte d'Ivoire*. Disponible à : [http://www.ins.ci/n/documents/travail\\_enfant/Rapport%202008-ENV%202008.pdf](http://www.ins.ci/n/documents/travail_enfant/Rapport%202008-ENV%202008.pdf), consulté le 12 avril 2019, 80 p.

## Éditorial

Comme intelligence de l'espace et savoir stratégique au service de tous, la géographie œuvre constamment à une meilleure compréhension du monde à partir de ses approches et ses méthodes, en recourant aux meilleurs outils de chaque époque. Pour les temps modernes, elle le fait à l'aide des technologies les plus avancées (ordinateurs, technologies géospatiales, à savoir les SIG, la télédétection, le GPS, les drones, etc.) fournissant des données de haute précision sur la localisation, les objets et les phénomènes. Dans cette quête, les dynamiques multiformes que subissent les espaces, du fait principalement des activités humaines, offrent en permanence aux géographes ainsi qu'à d'autres scientifiques des perspectives renouvelées dans l'appréciation approfondie des changements opérés ici et là. Ainsi, la ruralité, l'urbanisation, l'industrialisation, les mouvements migratoires de populations, le changement climatique, la déforestation, la dégradation de l'environnement, la mondialisation, etc. sont autant de processus et de dynamiques qui modifient nos perceptions et vécus de l'espace. Beaucoup plus récemment, la transformation numérique et ses enjeux sociaux et spatiaux ont engendré de nouvelles formes de territorialité et de mobilité jusque-là inconnues, ou renforcé celles qui existaient au préalable. Les logiques sociales, économiques et technologiques produisant ces processus démographiques et ces dynamiques spatiales ont toujours constitué un axe structurant de la pensée et de la vision géographique. Mais, de plus en plus, les sciences connexes (sciences sociales, sciences économiques, sciences de la nature, etc.) s'intéressent elles aussi à l'analyse de ces dynamiques, contribuant ainsi à l'enrichissement de la réflexion sur ces problématiques. Dans cette perspective, la revue GéoVision qui appelle à observer attentivement le monde en vue de mieux en comprendre les évolutions, offre aux chercheurs intéressés par ces dynamiques, un cadre idéal de réflexions et d'analyses pour la production d'articles originaux. Résolument multidisciplinaire, elle publie donc, outre des travaux géographiques et démographiques, des travaux provenant d'autres disciplines des sciences humaines et naturelles. GéoVision est éditée sous les auspices de la Commission des Études Africaines de l'Union Géographique Internationale (UGI), une instance spécialement créée par l'UGI pour promouvoir le débat académique et scientifique sur les enjeux, les défis et les problèmes spécifiques de développement à l'Afrique. La revue est semestrielle, et paraît donc deux fois par an (en anglais et en français).

Bouaké, le 16 Septembre 2019

La rédaction

## AVERTISSEMENT

**Le contenu des publications n'engage que leurs auteurs. La Revue GéoVision ne peut, par conséquent, être tenue responsable de l'usage qui pourrait en être fait.**

## SOMMAIRE

ANALYSE SOCIOLOGIQUE DU RÔLE DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE MUTUELLE AU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE MÉDINA-COURA À KOUTIALA, <i>Yakouréoun Diarra</i> .....	10
DÉVELOPPEMENT TOURISTIQUE ET URBANISATION DU LITTORAL DES COMMUNES DE DIEMBÉRING ET DE KAFOUNTINE (BASSE CASAMANCE/SÉNÉGAL) <i>Sadou BOCOUM</i> ....	27
CARTOGRAPHIE DES POLLUANTS ATMOSPHERIQUES PAR DES METHODES DE TELEDETECTION DANS LA ZONE INDUSTRIELLE DE YOPOUGON ABIDJAN-COTE D'IVOIRE, <i>Alda Juli Landry ARRA., Kouadio AFFIAN, Ahou Gisèle ALLANGBA</i> .....	42
CONTRAINTES ET PERSPECTIVES DU COMMERCE DES FEMMES DITES <i>YAN JIBIA-JIBIA</i> / REGION DE MARADI, <i>Assagaye AGAISSA<sup>1</sup>, Ali SALE<sup>2</sup>, Moussa MOUTARI<sup>3</sup></i> ,.....	55
LA VARIABILITÉ CLIMATIQUE, PERCEPTIONS ET STRATEGIES PAYSANNES D'ADAPTATION SUR LES RESSOURCES EN EAU EN LIEN AVEC LES ACTIVITES HUMAINES DANS LE SOUS-BASSIN VERSANT D'AMOUTCHOU AU SUD-OUEST DU TOGO, <i>Massama-Esso Séverin ANANGA ALI</i> .....	70
LES MÉNAGES RIVERAINS DE LA DÉCHARGE MUNICIPALE DE SAN-PEDRO (COTE D'IVOIRE) : ENTRE ENVIRONNEMENT POLLUE ET PRÉCARITÉ SANITAIRE <i>KOFFI Loukou Armand<sup>1</sup>, BLE Goh Patrice<sup>2</sup>, DIARRASSOUBA Bazoumana<sup>3</sup>, VEI KPAN NOEL<sup>4</sup></i> .....	88
ACTIVITÉ TOURISTIQUE ET DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DANS LA COMMUNE DE MAN (OUEST, CÔTE D'IVOIRE), <i>AOUA BOUA ANDRE<sup>1</sup>, DIOMANDE KARIDJA<sup>2</sup></i> .....	105
CONFLITS FONCIERS ET STRATÉGIES DE CONTRÔLE DE L'ESPACE : ÉTUDE DE CAS DES DÉPARTEMENTS DE BERMO ET DAKORO (RÉGION DE MARADI AU NIGER), <i><sup>1</sup>Habibou IBRAHIM, <sup>2</sup>MAMADOU KONE Mahaman Moustapha, <sup>3</sup>Marc MORMONT, <sup>4</sup>Pierre M STASSART, <sup>5</sup>Boubacar YAMBA</i> .....	121
L'APPROVISIONNEMENT AU GAZ BUTANE DANS LES QUARTIERS SOUS-INTÉGRÉS DE LIBREVILLE : LE CAS DU QUARTIER BAMBOUCHINE (6 <sup>e</sup> ARRONDISSEMENT), <i>Epiphane MOUVONDO</i> .....	131
RÔLES POTENTIELS DES INSTITUTIONS COUTUMIÈRES DANS LA GOUVERNANCE DU RANCH DE GIBIER DE NAZINGA : UNE NÉCESSITÉ POUR UNE GESTION DURABLE ET INCLUSIVE, <i>Boureima SAWADOGO*<sup>1</sup>, Amadou ZAN<sup>1</sup>, Joachim BONKOUNGOU<sup>2</sup></i> .....	146
LES INONDATIONS DANS LA BANLIEUE DE DAKAR : IMPACTS ET ADAPTATION DES POPULATIONS. L'EXEMPLE A KEUR MASSAR DANS LE QUARTIER AÏNOUMADY, <i>Mor FAYE</i> .....	153
CULTIVER EN VILLE AU SENEGAL ; ENTRE PRESSION DE L'URBANISATION ET CONTRIBUTION À L'ALIMENTATION DES CITADINS, <i>DIOUF Moctar</i> .....	166
POUR UNE THÉORIE STYLISTIQUE DE L'ÉNONCIATION, <i>Ernest AKPANGNI</i> .....	189



GESTION PARTICIPATIVE DE LA FORÊT COMMUNAUTAIRE DE MISSIRAH-KHOTHIARY, DÉPARTEMENT DE TAMBACOUNDA, RÉGION DE TAMBACOUNDA (SÉNÉGAL), <i>Corinne DJUGNY KITIO<sup>1</sup>, El Hadji SOW<sup>2</sup>, Roger NGOUFO<sup>1</sup> Ousseynou FAYE<sup>3</sup>, Boubou Aldiouma SY<sup>2</sup></i> .....	197
MOBILITÉ ET TRANSPORT URBAIN : LA VILLE DE OUAGADOUGOU À LA RECHERCHE DE LA FLUIDITÉ, <i>Houd KANAZOE</i> .....	211
PARTIES PRENANTES ET GÉOPOLITIQUE LOCALE : LES ACTEURS NON ÉTATIQUES DANS LA VALORISATION DES PRODUITS FORESTIERS NON LIGNEUX (PFNL) AU GABON, <i>Antoine NDOYE<sup>1</sup>, Léandre Edgard NDJAMBOU<sup>2</sup>, Léonilde Chancia NYINGUEMA NDONG<sup>3</sup>, Jean-Bernard MOMBO<sup>4</sup></i> .....	221
L'AUTO-CONCEPTION ASSISTÉE PAR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : ENJEUX, DEFIS ET PERSPECTIVES POUR L'URBANISME ET L'AMÉNAGEMENT DE L'ESPACE, <i>Charbel YOUSSEF</i> .....	236
LES ESPACES PUBLICS RÉCRÉATIFS MARGINALISÉS DANS LES AMÉNAGEMENTS URBAINS DE POINTE-NOIRE (RÉPUBLIQUE DU CONGO) : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES, <i>Hilarion Bagel MIZHAIRE* &amp; Jean-Luc MOUTHOU<sup>#</sup></i> .....	251
TOURISME ET DÉVELOPPEMENT LOCAL DANS LA COMMUNE DE FIMELA : LE CAS DU VILLAGE DE NDANGANE <i>Aliou Badou SARR<sup>1</sup>, Mamadou DIOMBÉRA<sup>2</sup></i> .....	267
DYNAMIQUE DU COUVERT VÉGÉTAL ET PÉNURIE ALIMENTAIRE DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE FADIADOUGOU (NORD-OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE) <i>BAMBA Ali, KOUME Kassi Joseph, AHOUSI N'Guessan Maxime, MOUSSA Diakité</i> .....	280
DÉCHETS MÉNAGERS ET IMPACTS SUR LA SANTÉ ET L'ENVIRONNEMENT DANS LES QUARTIERS METEO ET MAMBA A BRAZZAVILLE (REPUBLIQUE DU CONGO) <i>BAKANAHONDA Syviney Franck Laurel</i> .....	291
IDENTIFICATION DES VILLAGES A RISQUE (IVR) : UNE METHODE GEOGRAPHIQUE UTILISEE POUR ATTEINDRE L'ELIMINATION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE (THA) COMME PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE EN COTE D'IVOIRE, <i>GUY PACOME ADINGRA ARISTIDE ADJOUA COLLETTE KOUAKOU, DEBORA KROUBA, ABOUBACAR OUATTARA, ANICET GABE, BAMORO COULIBALY, VINCENT DJOHAN, MATHURIN KOFFI, VINCENT JAMONNEAU, LINGUE KOUAKOU, DRAMANE KABA, CELESTIN HAUHOOT, FABRICE COURTIN</i> .....	302
CONTRAINTES A LA PRATIQUE DU MARAICHAGE DANS LA COMMUNE DU MANDE (MALI), <i>Sina COULIBALY<sup>1</sup>, Kounandy DIAKITE<sup>2</sup>, Sory Ibrahima FOFANA<sup>3</sup></i> .....	316
VARIABILITÉ CLIMATIQUE ET ACCÈS A L'EAU POTABLE DANS LA VILLE SUBSAHARIENNE DE BAMAKO AU MALI, <i>DIALLO Boubacar Amadou</i> .....	326
RÔLE DES ORGANISATIONS PAYSANNES DANS LA PRODUCTION DES SEMENCES AMÉLIORÉES DE RIZ DANS LA PROVINCE DE LA TANDJILE (TCHAD) <i>KELGUE Salomon<sup>1</sup>, DJANGRANG Man-na<sup>2</sup></i> .....	342
L'IMMIGRATION EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : COMPLÉMENT OU SUBSTITUT AUX TRAVAILLEURS NATIONAUX ? Une approche par les facteurs de production <i>KAKENDI Vital Francis</i> .....	353

## ANALYSE SOCIOLOGIQUE DU RÔLE DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE MUTUELLE AU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE MÉDINA-COURA À KOUTIALA

**Yakouréoun Diarra**

*Sociologue, chercheur à l'Institut des Sciences Humaines*

*Contact : (00223) 79 39 51 05*

*Email : diarrayakoureoun@yahoo.fr*

### Résumé

La protection sociale englobe à la fois les régimes contributifs (régimes dans lesquels les bénéficiaires contribuent en partie, tels que les systèmes de sécurité sociale liés à l'emploi; les systèmes d'assurance sociale et/ou mutuelles de santé); et les régimes non contributifs (les transferts sociaux, en espèces ou en nature, sont octroyés aux bénéficiaires sans contrepartie de leur part).

L'objectif de cette étude est d'analyser les rôles des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle entre la collectivité et l'association de santé communautaire de Médina-Coura. La méthodologie utilisée s'est appuyée sur la recherche documentaire, l'observation de terrain. Celle-ci a consisté en la réalisation d'enquêtes quantitative et qualitative auprès de 150 personnes, choisies dans les trois quartiers composant l'aire de santé de Médina-Coura.

Les résultats de cette étude montrent que les 150 acteurs interrogés ont apprécié la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle. Le niveau d'exécution des engagements pris par les acteurs s'élève à 71,42% pour la mairie et 89% pour l'ASACO ; le niveau de participation des populations de l'aire de santé dans l'entretien du CSCOM est de 68,66%. 100% des enquêtés déclarent être informés sur les activités du CSCOM par l'association de santé communautaire. La représentativité des femmes dans les organes de gestion de l'ASACO est acceptable soit 27,27 % pour le conseil d'administration. 60% pour le comité de surveillance ; 60 % des enquêtés ont une bonne opinion de la durée d'attente avant une consultation, compte tenu de la fréquentation du centre.

**Mots clés :** analyse, rôle des acteurs, convention d'assistance mutuelle, centre de santé communautaire, Koutiala.

### SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE ROLE OF THE ACTORS INVOLVED IN THE IMPLEMENTATION OF THE MUTUAL ASSISTANCE AGREEMENT AT THE MEDINA-COURA COMMUNITY HEALTH CENTER IN KOUTIALA.

### Abstract

Social protection includes both contributory schemes (schemes in which beneficiaries contribute in part, such as social security systems linked to employment; social insurance and/or mutual health systems); and non-contributory schemes (social transfers, in cash or in kind, are granted to beneficiaries without compensation on their part).

The objective of this study is to analyze the roles of the actors involved in the implementation of the Mutual Assistance Agreement between the community and the community health association of Medina-Coura. The methodology used was based on a review of the literature, field observation and the

carrying out of quantitative and qualitative surveys with 150 people, chosen from the three neighborhoods making up the health area.

The results of this study show that the 150 stakeholders appreciated the implementation of the Mutual Assistance Agreement. The level of execution of the commitments made by the actors amounts to 71.42% for the town hall and 89% for ASACO; the level of participation of the populations of the health area in the maintenance of the CSCOM is 68.66%. 100% of respondents said they were informed about CSCOM activities by the community health association. The representation of women in the management bodies of ASACO is acceptable, i.e. 27.27% for the board of directors. 60% for the supervisory committee; 60% of respondents have a good opinion of the waiting time before a consultation, considering the number of visitors to the center.

**Key words:** analysis, role of actors, mutual assistance agreement, community health center, Koutiala.

## 1. INTRODUCTION

Au Mali, les défis en matière de couverture sanitaire se résument essentiellement à la prise en charge efficace des personnes et catégories sociales en situation difficile, au renforcement des capacités des communautés pour un meilleur accès aux services sociaux de base, à l'amélioration des revenus des populations les plus pauvres et à l'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population par des mécanismes efficaces, axe majeur de la politique de protection sociale au Mali.

La politique de décentralisation administrative engagée en 1993 est l'une des réformes majeures entreprises par le gouvernement de la république du Mali depuis le début du processus de décentralisation. Elle bénéficie de l'appui et du soutien de plusieurs partenaires techniques et financiers qui accompagnent. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, le Gouvernement a démarré avec certains secteurs sociaux clés notamment le secteur de la santé qui a développé des approches de développement visant à rapprocher les services de prestations des populations bénéficiaires. Cette approche a permis au secteur de la santé de développer un système de santé décentralisé basé sur les besoins de la population.

Ainsi, la politique de décentralisation adoptée par le Mali marque la volonté des autorités du pays à responsabiliser les populations dans la gestion de leur propre développement. Elle constitue un moyen de consolider le processus démocratique et le transfert effectif d'un certain nombre de compétences de l'Etat aux collectivités. Au nombre de ces compétences figure le domaine de la santé. Les problèmes de santé sont fortement interdépendants. A ce propos, certains observateurs font la proposition suivante : *« le processus ressemble à l'épluchage d'un oignon, une peau après l'autre à l'infini »*

A l'origine, la pratique du développement communautaire consistait surtout à fournir des appuis directs à des communautés de base (villages, fractions, quartiers et groupes sociaux et socioprofessionnels spécifiques) sans passer par des intermédiaires externes. L'objectif recherché était d'amener les communautés à apprendre. Le rôle des structures techniques de la santé était d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les avantages et les inconvénients des interventions proposées ainsi que leurs coûts.

Au plan local, les rôles des établissements de santé privés créés par des associations de santé communautaire sont dénommés Centres de Santé Communautaire (CSCOM).

Le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO). Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux questions de santé de la population cible et fournir un Paquet Minimum d'Activités (PMA).

L'ASACO est un regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leurs moyens financiers pour améliorer l'offre de soins dans leur aire de santé. Elle crée et fait fonctionner

les CSCOM à travers, notamment, deux organes : le Comité de Gestion et le Conseil d'Administration. Elle signe une Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) avec la Mairie de la commune du lieu d'implantation et assure le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes. Le Comité de Gestion de l'ASACO, qui est l'organe de gestion du CSCOM, est chargé du suivi de la gestion du CSCOM, de l'exécution des dépenses obligatoires pour la bonne marche du CSCOM et de leur justification auprès du Conseil d'Administration.

C'est dans cette dynamique que l'autorisation d'exercice d'une profession sanitaire privée à but lucratif est accordée par le Ministre chargé de la santé. Celle de la création des CSCOM relève du Maire de la commune. Toutefois, les premiers centres ont été autorisés par le Ministre chargé de la santé publique ou son représentant du lieu d'implantation du centre.

On considère que l'amélioration constante de la gestion et du fonctionnement du système de santé au niveau communautaire ne peut être rendue plus efficace et plus efficiente que par une meilleure coopération entre les différents intervenants dans le secteur de la santé, notamment les structures publiques et privées et les collectivités décentralisées.

Conformément aux dispositions du décret n° 02-314 / P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités locales, des niveaux communes et cercles en matière de santé, le gouvernement du Mali a adopté la mise en place de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre les ASACO et les Mairies des communes des lieux d'implantation des Centres de santé communautaire. Ces conventions définissent des engagements réciproques de la commune et de l'Association de santé communautaire pour un meilleur partenariat entre les deux principaux acteurs dans la mise en œuvre des activités des CSCOM.

Dix ans après sa mise en place, malgré des efforts consentis dans son introduction au niveau des communes et ASACO, force est de constater que son application reste dans certains cas loin d'être satisfaisante.

C'est à partir de cette toile de fond, que les textes de base de la décentralisation édictent « *le principe de subsidiarité, qui consiste à responsabiliser pour l'exploitation et la gestion d'un investissement collectif, les usagers qui en sont les plus proches* »

La création et la gestion des CSCOM ainsi que la création des ASACO s'inscrivent dans ce cadre. Les élus communaux ont la responsabilité de l'ensemble des activités liées à l'exercice de la maîtrise d'ouvrage des CSCOM. Le rôle de l'Etat, à travers les techniques, est celui du suivi de la qualité.

La loi sur la libre administration des collectivités territoriales dispose que "tout transfert de compétences à une collectivité territoriale doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celle – ci des ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de ces compétences" (article 4 de la loi n°93-008 du 11 février 1993).

Cet article est initié en vue d'analyser les rôles des acteurs impliqués dans la convention d'assistance mutuelle entre l'ASACO et le CSCOM de Médina-coura.

## **2. Méthodologie de recherche**

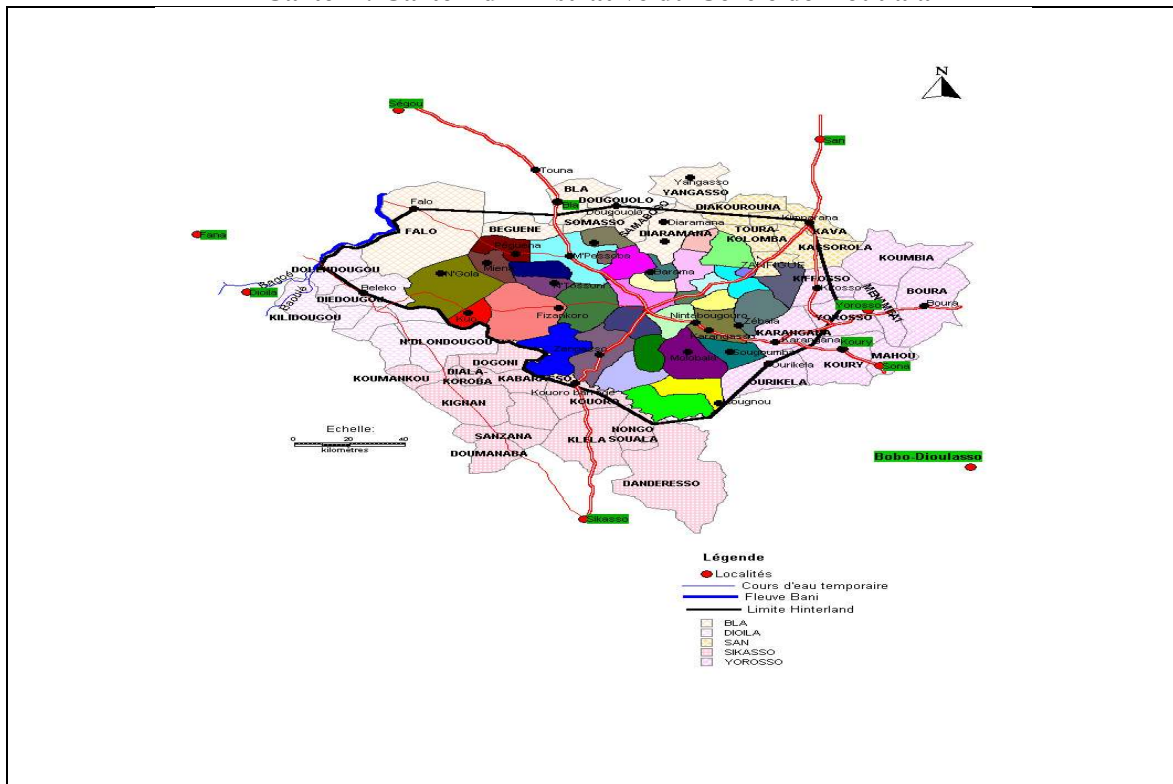
### **2.1. Présentation de la zone d'étude**

Avec une population de 818 436 habitants (CSRéf Koutiala, 2019) pour une superficie d'environ 8740 km<sup>2</sup>, soit une densité moyenne de 65,81 habitants/ km<sup>2</sup> ; le cercle de Koutiala, est situé dans la partie nord de la région de Sikasso. Il est limité au nord et au Nord-ouest par les cercles de Bla et San (région de Ségou), au Sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso, à l'Est par le cercle de Yorosso et à l'Ouest par le cercle de Dioïla. Le relief est dominé par une pénéplaine avec des sols sablonneux. Le climat est de type soudanien et comporte deux saisons. Une saison pluvieuse de Mai à Octobre et une saison sèche de Novembre à Avril. La pluviométrie moyenne varie de 750 à 1000 mm par an (Dembélé, 2011). La savane constitue l'essentiel de la végétation. Le couvert végétal est aéré au fur et à mesure que l'on va vers le Nord-Ouest où le climat a une allure sahélienne marquée. Le réseau hydrographique est peu fourni et est composé quelques rivières alimentant les affluents du

fleuve Niger. La couverture végétale souffre aujourd'hui de la coupe abusive du bois de chauffe, des défrichements pour l'extension des superficies de cultures et des feux de brousse.

La faune jadis très riche a presque disparu sous les effets conjugués du braconnage et de la sécheresse.

Carte 1 : Carte Administrative du Cercle de Koutiala



Source : CSRéf Koutiala, 2023

## 2.2. Matériels et méthodes

Notre démarche a consisté en observation participante, recherche documentaire et enquêtes de terrain réalisées du 1<sup>er</sup> au 20 novembre 2023. La recherche documentaire a été menée au niveau de différentes bibliothèques de l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux, le Centre de Santé de Référence de Koutiala, l'Institut des Sciences Humaines, l'Institut de Pédagogie Universitaire, l'Institut de Développement Economique et Social, et l'Internet.

Cette phase a constitué une étape importante pour notre travail en ce sens qu'elle nous a permis de recueillir des informations pertinentes ayant trait à la thématique.

L'observation fut la première étape de notre recherche, elle a été menée d'une façon très simple et naturelle dans le milieu d'étude notamment sur le site du centre de santé communautaire et sur son aire de santé pour le complément d'informations.

Cette observation a consisté à regarder attentivement autour de nous les usagers des services de santé, les actions des acteurs et actrices impliqués dans la gestion de l'ASACO et l'arbitrage du comité paritaire chargé du suivi de l'exécution des engagements contenus dans la CAM. Elle nous a permis de nous rendre compte de l'irrégularité dans la tenue des réunions statutaires du comité paritaire expliquant dans la mise en œuvre de la CAM. Nous avons pris des notes et images.

Pour l'enquête de terrain, nous sommes partis d'un échantillonnage aléatoire de type quantitatif dans l'aire de santé en l'occurrence Médina-Coura parmi les quatre aires de santé de la commune urbaine de Koutiala. Notre population d'étude se répartit essentiellement à l'intérieur de la seule aire de santé. Vula spécificité de notre sujet, nous avons plutôt interrogé les usagers des services de santé dans les trois quartiers qui composent l'aire.

Il s'agit des quartiers de N'Tonasso de type précaire, Kouloukoro de type moyen et Médina-Coura de type aisé. Dans le souci de représentativité, en sachant qu'il est parfois difficile d'interroger l'ensemble des usagers de l'aire de santé, nous avons retenu suivant l'importance numérique des quartiers :

- Médina-Coura : 77 usagers des services de santé sur 17 038 habitants soit 0,45% ;
- Kouloukoro: 44 usagers des services de santé sur 15 913 habitants soit 0,27 %
- N'Tonasso : 29 usagers des services de santé sur 3 090 habitants soit 0,93 %.

Soit cent cinquante (150) usagers qui ont été tous enquêtés. Il faut ajouter que nous avons tenu compte de toutes les catégories socio- professionnelles lors de notre enquête de terrain.

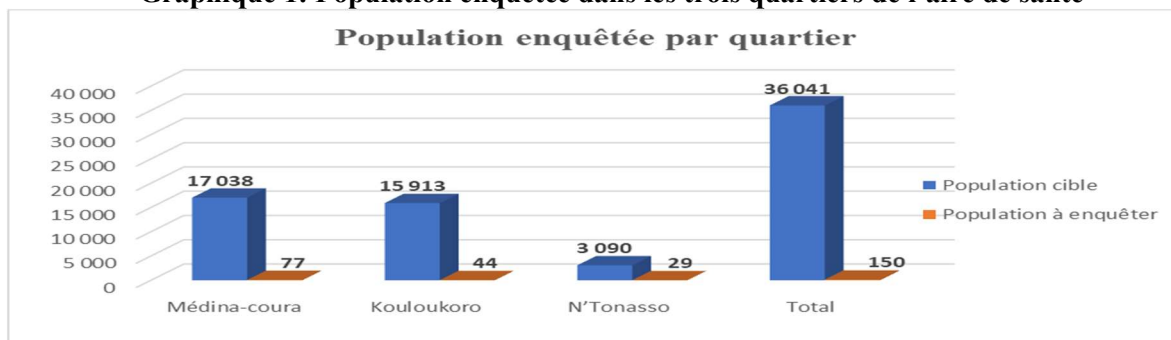
La population enquêtée est constituée de personnes âgées (13) dont l'âge varie entre 50 et 65 ans, de jeunes (137) âgés de 20 à 40 ans, de femmes mariées (119) âgées de 18 à 45 ans et quelques célibataires (31) dont l'âge varie entre 22 et 35 ans tous sexes confondus.

Aussi, nous avons eu des entretiens avec les responsables des services techniques chargés des questions de santé dans ladite aire de santé. Le questionnaire et le guide d'entretien nous ont permis de recueillir l'essentiel des informations. Ces outils nous ont surtout permis de nous imprégner de la réalité que vivent les usagers des services de santé en général et ceux de l'aire de santé de Médina-Coura en particulier, et de faire une retouche de certaines parties de notre questionnaire.

### 3. Résultats et discussion

#### 3.1. Population enquêtée

**Graphique 1: Population enquêtée dans les trois quartiers de l'aire de santé**



Source : Enquête de terrain, 2023

Sur un échantillon de 150 personnes enquêtées, et dans un souci de représentativité, nous avons retenu suivant l'importance numérique des quartiers :

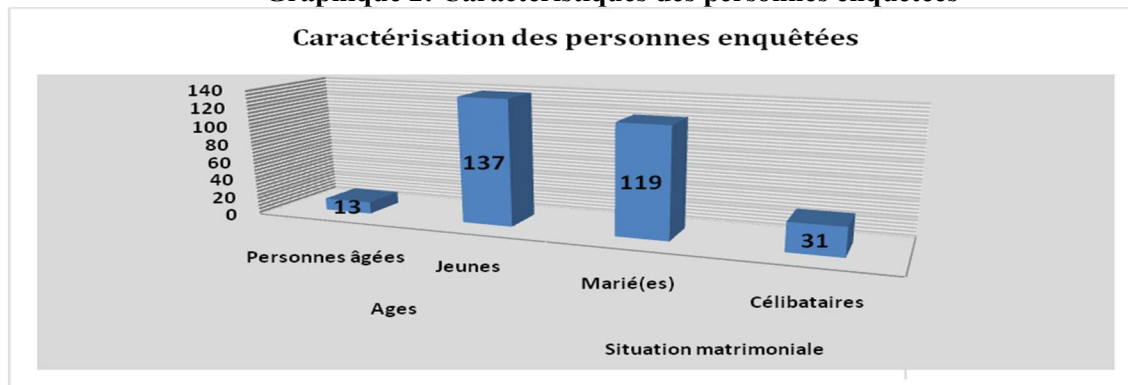
- Médina-Coura : 77 usagers des services de santé sur 17 038 habitants ;
- Kouloukoro: 44 usagers des services de santé sur 5 913 habitants :
- N'Tonasso : 29 usagers des services de santé sur 3 090 habitants.

Médina-coura constitue le quartier qui abrite le centre de santé communautaire. En termes de population, médina-coura constitue le quartier le plus peuplé (d'où 77 personnes interrogées), Kouloukoro avec



moins de concentration humaine constitue le deuxième quartier où 44 personnes ont été interviewées. N'Tonasso avec 29 enquêtés est le 3<sup>ème</sup> quartier de notre zone d'enquête. Ce dernier quartier est faiblement peuplé et constitue un quartier périphérique de la ville de Koutiala.

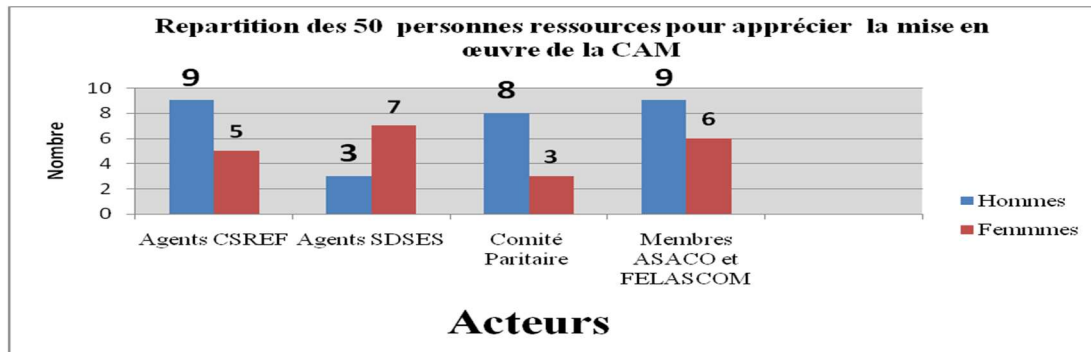
**Graphique 2: Caractéristiques des personnes enquêtées**



Source : Enquête de terrain, 2023

Ce graphique combiné dresse les caractéristiques des personnes enquêtées et leur situation matrimoniale. Sur les 150 personnes, 137 jeunes ont été interrogé ; 13 personnes âgées. S'agissant de la situation matrimoniale, 119 mariés ont été interviewés contre 31 célibataires. Les jeunes constituent la couche sociale la plus mobile et plus nombreuse en termes de fréquentation du centre de santé. Les mariés, fortement représentés constituent une catégorie sociale qui sollicite beaucoup les services de la santé.

**Graphique 3: Personnes ressources pour apprécier la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle.**



Source : Enquête de terrain, 2023

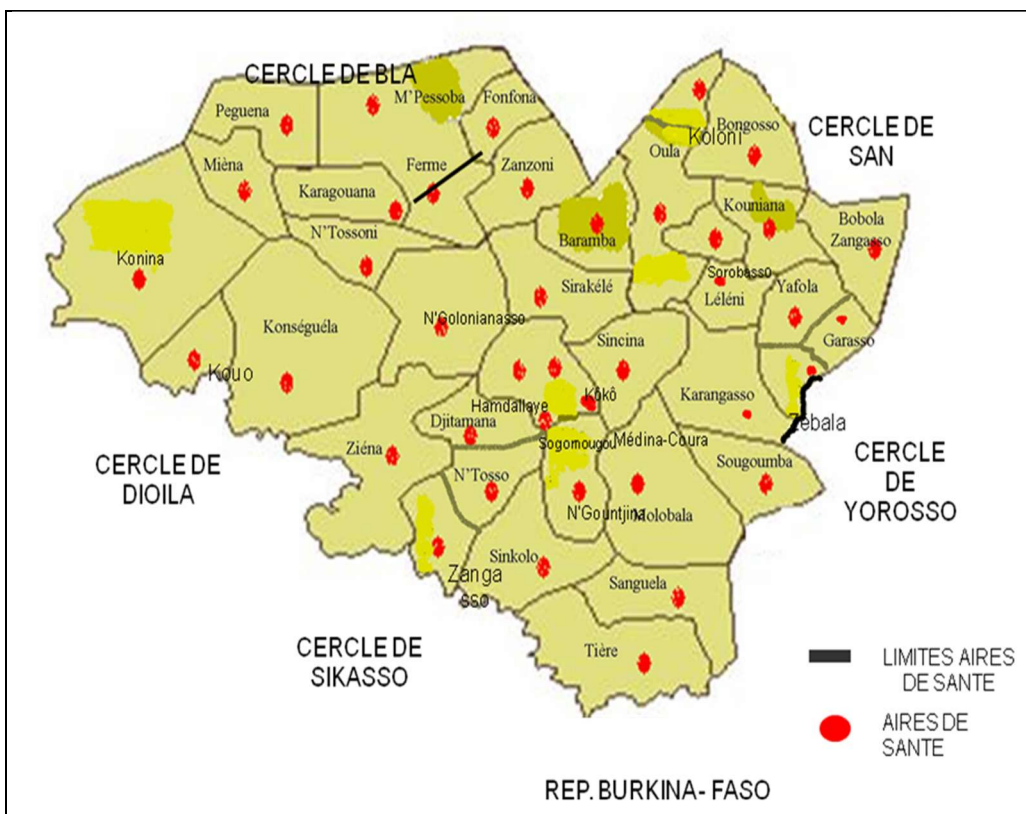
Les 50 acteurs ayant appréciés la mise en œuvre de la convention d'assistance mutuelle sont : les agents du CSRéf (14), ceux du développement social (10), le comité paritaire (11) et les membres des ASACO et FELASCOM (15). Parmi ces acteurs, 29 constituent les hommes et 21 sont les femmes. Ces acteurs sont fortement impliqués dans la mise en œuvre de la convention d'assistance mutuelle. Ils interviennent tous à travers des actions de sensibilisation, de moralisation et toute action contribuant au développement de la santé dans le district sanitaire de Koutiala.

**Tableau 1: Répartition de la population enquêtée (usagers) selon le niveau d'instruction et le sexe.**

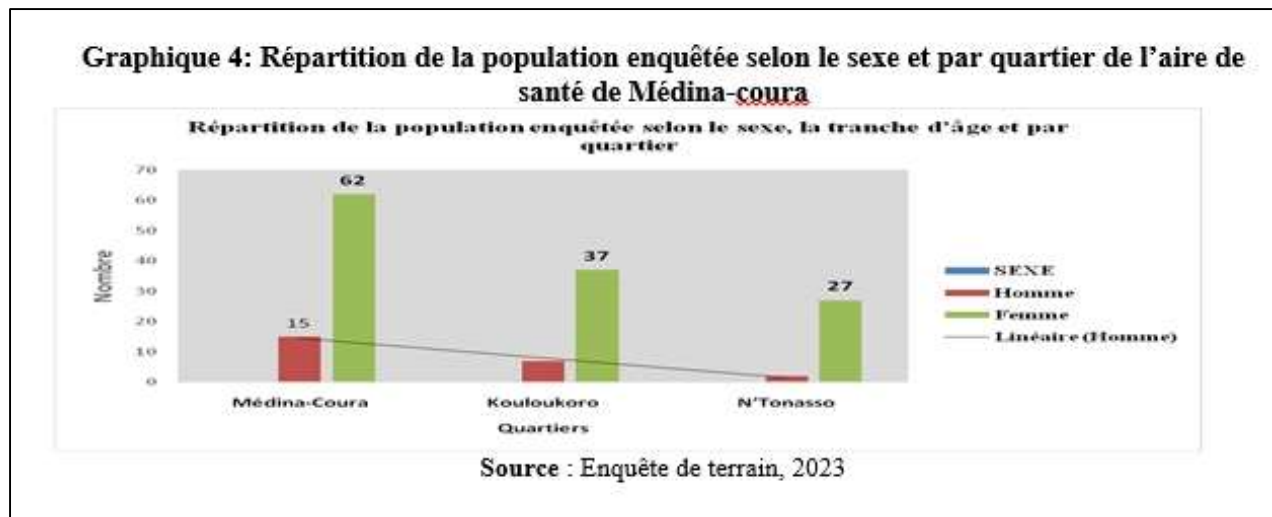
N. I / Sexe	Analphabète		Niveau Fondamental		Niveau Secondaire		Niveau Supérieur		Total	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Hommes	2	8,33	11	45,83	9	37,50	2	8,33	24	16,00
Femmes	33	26,19	65	51,58	12	9,52	16	12,69	126	84,00
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>23,33</b>	<b>76</b>	<b>50,66</b>	<b>21</b>	<b>14,00</b>	<b>18</b>	<b>12,00</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Source : Enquête de terrain, 2023

Sur une population de 150 personnes enquêtées : 126 femmes soit 84% ont des niveaux d'instruction différents. La majeure partie de ces femmes a le niveau fondamental (51,58%). Les hommes (16%) constituent une minorité avec un niveau fondamental élevé. Ce niveau fondamental constitue un avantage pour la population. En effet, les individus instruits sont capables de sensibiliser et convaincre la population sur l'importance de la convention d'assistance mutuelle.

**Carte 2 : Carte Sanitaire du Cercle de Koutiala**

Source : Centre de santé de référence de Koutiala, 2023



Ce tableau ci-dessus permet de constater que les usagers proviennent pour l'ensemble des trois quartiers. 126 femmes ont été interrogées dont 62 à Médina – coura, 37 à Kouloukoro et 27 à N'Tonasso. L'ASACO est implanté à Médina-coura, quartier où on enregistre le plus grand nombre de personnes.

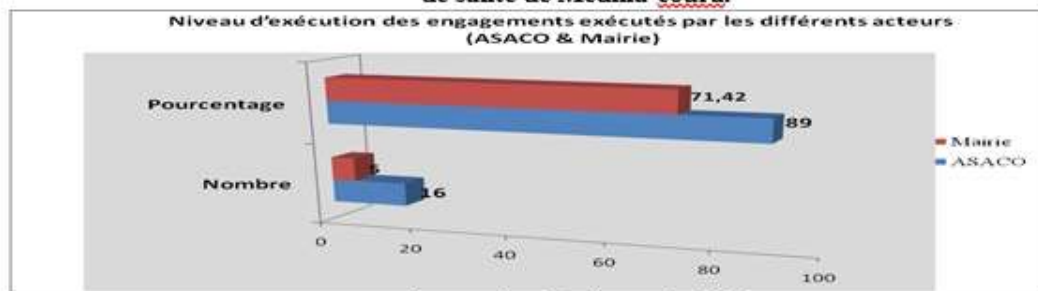
**Graphique 5: Répartition des enquêtés selon le sexe et la période de fréquentation du CSCOM de Médina-coura**



Le graphique ci-dessus révèle que :

- les usagers sont restés relativement fidèles au CSCOM puisque 30% d'entre eux le fréquentent depuis plus de 15 ans
- les tendances ont augmenté au fil des années et les prestations intéressent plus les femmes.

**Graphique 6: Niveau d'exécution des engagements par les acteurs (Mairie et ASASO) de l'aire de santé de Médina-coura.**



Source : Enquête de terrain, 2023

Ce graphique dresse le niveau des engagements exécutés par les acteurs (mairie et ASACO). L'ASACO à hauteur de 89% contre 71,42% pour la mairie. Ces entités locales s'impliquent pour une meilleure fonctionnalité de l'ASACO de Médina-coura.

**3.2. Indicateur de gestion des usagers selon leurs activités génératrices de revenus**  
**Graphique 7: Catégories d'usagers des services de santé de l'aire en termes de métiers**



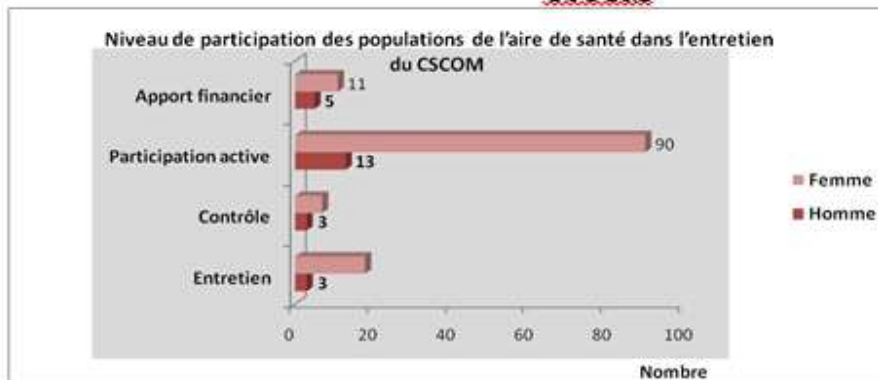
Source : Enquête de terrain, 2023

De l'analyse de ce Graphique, on constate différentes catégories d'usagers des services de santé parmi lesquels, majoritairement :

- les ménagères au foyer représentent 52,66% ;
- les teinturières : 15,33% ;
- les commerçants à la sauvette : 12,66% ;

Dans les trois quartiers, les ménagères constituent les catégories d'usagers de l'aire de santé les plus représentatives de la population enquêtée..

**Graphique 8: Niveau de participation des populations de l'aire de santé dans l'entretien du CSCOM**



Source : Enquête de terrain, 2023

Concernant le niveau de participation des populations de l'aire de santé dans l'entretien du CSCOM, les femmes (90) sont fortement représentées contre 13 hommes. En termes d'apport financier, 11 femmes se sont exécutées contre 5 hommes. Du point de vue analyse, on constate une forte implication des femmes à tous les niveaux en vue d'une meilleure promotion et d'une implication forte des usagers pour une meilleure fréquentation du centre de santé.

### 3.3. Les indicateurs de gestion

#### 3.3.1. Indicateur de gestion de communication et de mobilisation sociale

**Tableau 2: Appréciation du degré de mobilisation sociale des populations autour des activités de l'ASACO dans l'aire de santé**

Sexe	Quartiers	Médina-Coura	Kouloukoro	N'Tonasso	Total
Homme		16 [66,66%]	5 [20,83%]	3[12,50%]	24 [100%]
Femme		61[48,41%]	39[30,95%]	26[20,63%]	126 [100%]
<b>Total</b>		<b>77</b> [51,33%]	<b>44</b> [29,33%]	<b>29</b> [19,33%]	<b>150</b> [100%]

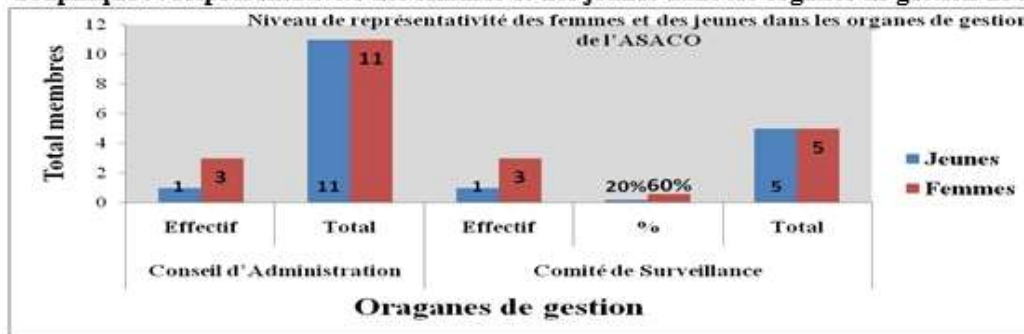
Source : Enquête de terrain, 2023

Il ressort du tableau 7 ci-dessus que :

- 100% des enquêtés estiment qu'ils sont informés sur les activités du CSCOM à travers l'association de santé, en appui aux relais communautaires ; les enquêtés sont tous unanimes quant à leur disponibilité à participer aux séances de sensibilisation menées de façon périodique dans les quartiers de l'aire de santé ;
- les femmes sont beaucoup plus informées sur cet aspect que les hommes, dans la mesure où **48,41%** d'entre elles ont une opinion sur des activités seulement dans le chef-lieu du centre (Médina-Coura) sur les activités de planification familiale, causeries éducatives, les activités de salubrité, etc.

### 3.3.2. Indicateur de gestion de la participation des femmes et des jeunes

**Graphique 9: Représentativité des femmes et des jeunes dans les organes de gestion de l'ASACO**



Source : Enquête de terrain, 2023

L'analyse de cette figure montre une représentativité surtout des femmes acceptable dans les organes de gestion de l'ASACO soit 27,27 % pour le conseil d'administration et 60% pour le comité de surveillance. Ces chiffres ont leur importance dans la mobilisation sociale et les activités de masse qui sont organisées dans l'aire de santé.

### 3.3.3 Indicateur de gestion du temps

**Graphique 10: Opinion des patients sur la durée d'attente pour une consultation**



Source : Enquête de terrain, 2023

Il ressort de ce graphique ci-dessus que :

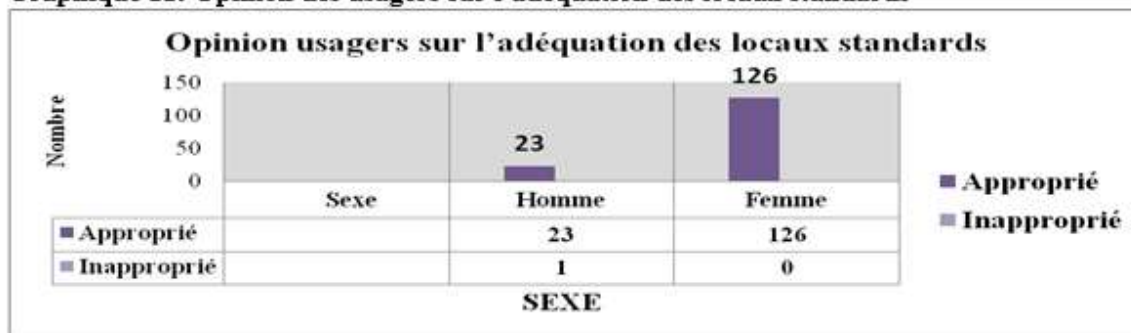
- 60 % des enquêtés ont une bonne opinion de la durée d'attente avant une consultation compte tenue de la fréquentation du centre.

La majeure partie des enquêtés (76) jugent acceptable la durée d'attente des patients pour la consultation. 47 jugent moins longue la durée.



### 3.3.4. Indicateur de conformité des normes de construction des infrastructures sanitaires

Graphique 11: Opinion des usagers sur l'adéquation des locaux standards



Source : Enquête de terrain, 2023

Selon les données du graphique n°11 ci-dessus, les 99,33% des enquêtés pensent que les locaux répondent aux normes de construction compte tenu de la distance qui les sépare pour des questions d'intimité au moment des accouchements.

### 3.3.5. Indicateur de gestion environnementale

Graphique 12: Appréciation du degré de propreté et d'hygiène du centre par les usagers



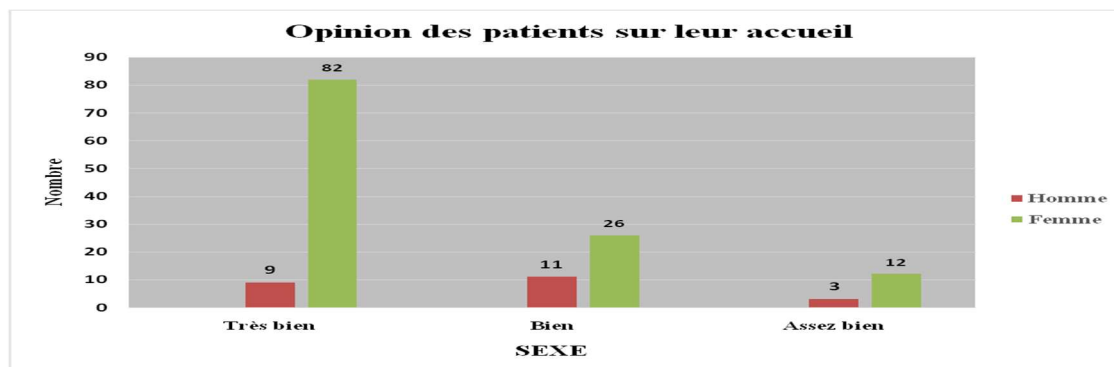
Source : Enquête de terrain, 2023

Selon les constats du graphique ci-dessus, les avis divergent sur la propreté des locaux surtout du côté de la maternité :

80% des usagers ont une appréciation acceptable du degré de propreté et d'hygiène du centre, dans la mesure où seulement 18,66% d'entre eux estiment qu'il est très suffisant ;

### 3.3.6 Indicateur de qualité des prestations

Graphique 4: Opinion des patients sur leur accueil



Source : Enquête de terrain, 2023

Il ressort de ce graphique que 91 usagers ont une très bonne opinion de l'accueil qui leur est réservé au centre parmi lesquels 82 sont des femmes. Elles estiment que l'accueil est très bien. Seulement 37 estiment bien l'accueil au centre de santé. L'analyse de ce graphique montre que les acteurs de la santé sont déterminés à satisfaire mieux les usagers qui fréquentent le centre.

### 3.3.7. Indicateur de qualité des prestations

Graphique 14: Opinion des usagers sur la qualité des consultations et des soins



Source : Enquête de terrain, 2023

De l'analyse des données du graphique ci-dessus, 92 des enquêtés apprécient la qualité des consultations contre seulement 26 et 18 qui jugent Très Bon et Moyenne. Les autorités locales et les acteurs de la santé sont déterminés à satisfaire les usagers en leur offrant de meilleurs soins et une consultation de qualité.

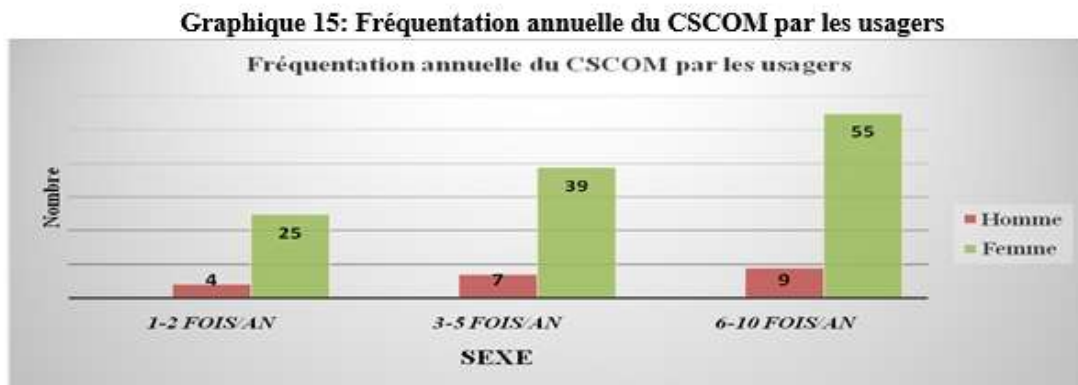
Tableau 3 : Opinion des usagers sur l'accessibilité géographique au centre de santé

Opinion	Médina-Coura		Kouloukoro		N'Tonasso		TOTAL
	Accessible	Non Accessible	Accessible	Non Accessible	Accessible	Non Accessible	
Homme	8	2	5	2	4	3	24
Femme	60	9	30	7	18	2	126
<b>Total</b>	68	11	35	9	22	5	150

Source : Enquête de terrain, juillet 2023

Il ressort du tableau ci-dessus selon les quartiers que des difficultés existent dans l'accès au centre surtout pendant l'hivernage : 125 usagers dans les trois quartiers jugent accessible l'accès au centre de santé contre seulement 25 qui disent le contraire. Les acteurs de la santé, les autorités administratives et locales ont pris toutes les dispositions nécessaires pour faciliter l'accès des usagers au centre de santé. L'écart constaté ici concerne les usagers qui n'ont pas voulu se prononcer.

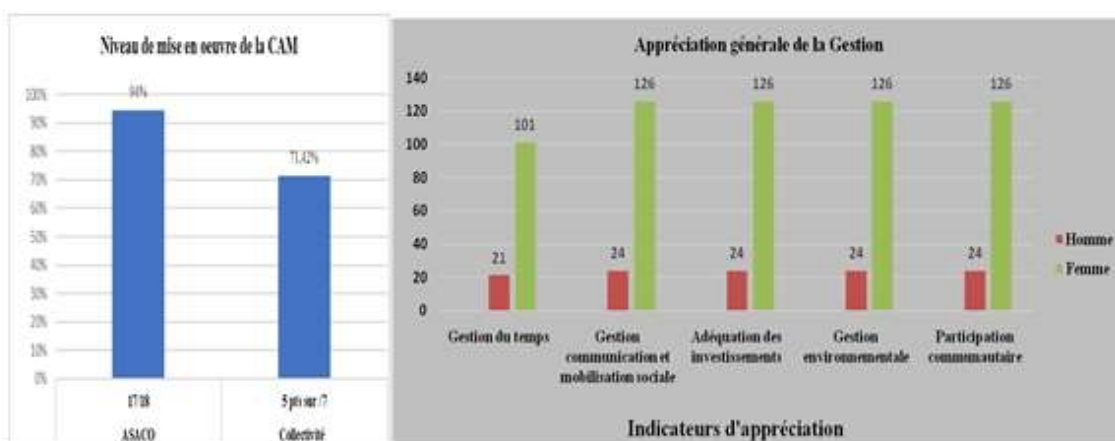
### 3.3.8. Indicateur d'atteinte de l'objectif global



Source : Enquête de terrain, 2023

Il y a lieu de préciser que Koutiala est une zone paludéenne avec plusieurs épisodes de maladies par an. C'est pourquoi, il ressort du graphique n°15 ci-dessus, que 42,66% des usagers ont un taux de fréquentation annuelle variant entre 6 et 10, dont un pourcentage important pour les vaccinations de routine des enfants âgés de moins de 5 ans.

### Graphique 16: Pourcentage de bonne opinion selon les domaines d'appréciation



Source : Enquête de terrain, 2023

L'analyse synthétique de ce graphique ressort qu'excepté la qualité des soins ambulatoires dans une moindre mesure et la gestion d'attente des consultations, le CSCOM fait un rendement dans les autres domaines avec plus de 92% d'opinions favorables.

Ce faisant, les femmes qui constituent environ 84% des usagers ont une perception moins critique de ces performances. Par conséquent, elles pensent que leur centre de santé répond largement à leurs besoins de santé primaire jusqu'à preuve de contraire.

## Discussion

Le niveau de mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle au CSCOM de Médina-coura à Koutiala est satisfaisant au regard des efforts engrangés par les parties prenantes (ASACO et collectivité). Ils ont honoré les engagements respectivement à hauteur de 94,44% et 71,42%. Ce qui démontre à suffisance le degré d'engagement des acteurs appelés à faciliter la santé de proximité.

L'engagement des acteurs communautaires constitue un facteur déterminant dans le maintien des indicateurs de performance de l'unité de production du CSCOM. Cette hypothèse a été confirmée par le guide d'entretien adressé aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CAM : personnel de l'équipe cadre du district sanitaire de Koutiala, les membres de l'ASACO de Médina-Coura et la FELASCOM, le personnel de la mairie, et celui du CSCOM de Médina-Coura. Ils étaient tous unanimes pour dire que la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre les Associations de Santé Communautaire (ASACO) et les collectivités a été réalisée dans des proportions encourageantes soit 94,44% pour l'ASACO et 71,42 % pour la collectivité comme l'atteste le Graphique N°5 relatif au pourcentage de bonne opinion selon les domaines d'appréciation.

La perception partagée que les parties prenantes ont de la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) reflète le degré de pertinence et d'efficacité dans l'exécution des engagements. Cette hypothèse a été confirmée par l'appréciation générale des indicateurs de gestion du centre de santé qui ressort qu'excepté la qualité des soins ambulatoires dans une moindre mesure et la gestion d'attente des consultations, le CSCOM fait un rendement à la limite performant dans les autres domaines avec plus de **92%** d'opinions favorables.

Les parties prenantes (acteurs) font des pratiques qui sapent le fonctionnement de la mise en œuvre de la CAM dans le contexte actuel de l'exécution des engagements inscrits dans le document de référence. Cette hypothèse n'a été confirmée à la lumière des résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices impliqués dans la mise en œuvre de la CAM.

Il a été démontré que les prestations sont de qualité acceptable selon les points de vue de plus de **84%** des usagers ; la disponibilité et l'engagement individuel et collectif des principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CAM étaient perceptibles au vu de la synergie entre les acteurs (graphique N°10), soit **60 %** des enquêtés ; les séries de formations dont les différents acteurs, y compris le personnel technique qui ont bénéficié les ont permis d'exécuter avec efficacité et efficience les activités de promotion, de prévention et de guérison au cours de la période de notre investigation. Le principe de la complémentarité de l'ensemble des populations a été déterminant au plan de la cohésion sociale et du maintien des indicateurs de santé à un niveau relativement souhaité.

## CONCLUSION

Au terme de notre étude, un certain nombre de constats se dégagent. Ils permettent d'imprégner les différents responsables des questions sanitaires, de partager avec eux les dysfonctionnements inhérents à la gestion et les amener à s'approprier véritablement leurs entreprises dans le sens d'une gestion efficace et efficiente.

L'étude a offert l'occasion aux parties prenantes d'apprécier l'état d'exécution des engagements de la CAM, du niveau d'implication de la communauté dans l'accompagnement et l'entretien des infrastructures sanitaires.

Concernant la vision globale de notre étude, nous pouvons affirmer que les objectifs de recherche ont atteint un niveau satisfaisant, dans la mesure où il a été possible de constater l'engouement entretenu en matière de mise en œuvre de la CAM entre les différents acteurs et actrices. A cela, il faut ajouter que les différentes étapes de la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM) entre les Associations de Santé Communautaire (ASACO) et les collectivités, le processus de participation communautaire ont été suffisamment énoncées au niveau de toutes les parties prenantes. Les rôles joués par les différents acteurs de l'aire de santé de Médina-Coura à chaque étape de la mise en œuvre de la CAM ont été appréciés à tous les niveaux. Les difficultés rencontrées liées aux rôles des acteurs dans la mise en œuvre des CAM ont été identifiées.

Par ailleurs, pour ce qui est des questions de recherche, des éléments de réponse ont été également donnés. Il a été admis que l'ASACO et le CSCOM, unité de production, bénéficient largement de l'accompagnement de tous les acteurs de la santé (communautaires, politiques, administratifs, techniques et financiers) ; le respect des normes, procédures et le processus de mise en place de l'ASACO sont avérés.

L'analyse des hypothèses de recherche retenues a révélé dans une moindre mesure ce qui suit : le taux de réalisation des engagements inscrits dans la CAM était de 94,44% pour l'ASACO et 71,42 % pour la collectivité.

En définitive, des résultats ont été réalisés bien que la mise en œuvre de la Convention d'Assistance Mutuelle connaît des balbutiements dans sa démarche, liés au caractère nouveau du fonctionnement du comité paritaire.

## Références bibliographiques

- BARKA Alkassoum, 2014, Evaluation des effets socio-économiques des aménagements de bas- fonds « Cas de la plaine de Fienso dans le Cercle de Koutiala », IPR/IFRA de Katibougou, P5-9.
- Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration, guide d'opérationnalisation du décret N°02-314/P-RM du 4 juin 2002, p3
- Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration CADD, manuel de formation en planification sanitaire centralisé, décembre 2004, p 14
- Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration, manuel de facilitation de la mise en œuvre de la décentralisation en matière de santé au Mali, novembre 2012, p 20
- Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF) : Enquête Démographique et de Santé 2012-2013 (EDSM V), p 34-35
- Décret N°02-314/P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités des niveaux communes et cercles en matière de santé ;
- Décret N°2013- 711/P-RM du 02 septembre 2013 portant modification du Décret n°05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires (CSCOM) ;
- GREAT, 2009: « Programme Prioritaire de développement local de Koutiala/Groupe de recherche en économie appliquée et théorique »
- Keita Hawa Wahab (2013), « L'approche communautaire des centres de santé communautaires : cas du CSCOM de l'Hippodrome de la commune II du district de Bamako », Institut de Développement Economique et Social, P6-7
- Loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé ;
- Loi N° 04 – 038 AN RM / du 5 Août 2004 relatives aux associations ;

- Ministères de la Santé, de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées : Recueil des textes législatifs et Réglementaires sur la Santé et le Développement Social dans le contexte de la décentralisation, réédition-décembre, Bamako 2014, p 18-20
- Ouologuem Fatoumata, (2009), Quelles stratégies de mobilisation sociale autour de la planification familiale : « cas de la commune urbaine de Koutiala », mémoire de maîtrise, Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux, P4
- Plan de Développement Sanitaire du Cercle Koutiala (2014-2018), p 11
- Plan d'investissement pluriannuel de la commune urbaine de Koutiala 2013 – 2017, p 9
- Plan de Développement Economique, Social et Culturel de la commune urbaine de Koutiala 2013 – 2017, p24
- Profil Urbain de la ville de Koutiala, janvier 2014, p 5
- Rapport Capitalisation PDSU de Koutiala, Mars 2011
- Rapport Evaluation PDSU de Koutiala, Mars 2011
- Rapport Final Projet H2O, Octobre 2012, p33
- Stren Richard et White Rodney, (1993), « villes Africaines en crise, gérer la croissance urbaine au sud du Sahara », Harmattan, Paris, p 15