Revue Internationale DAMBE

Valorisation des Savoirs Endogènes et Promotion de la Recherche Scientifique

ISSN : 1987-1996

Volume 1_Numéro 1

Décembre 2024

Mutation Socio-économique, culturelle et environnementale en Afrique : Défis et enjeux.

Revue semestrielle multidimensionnelle du CERFDES

https://cerfdesconsulting.com/revue

Revue Internationale DAMBE

Valorisation des savoirs endogènes et promotion de la recherche scientifique.

PRESENTATION

La revue Internationale « Dambé » qui est un mot bambara signifiant la dignité, est une revue qui vise à promouvoir la recherche scientifique en mettant en valeur les savoirs endogènes en Afrique et ailleurs. C'est une revue semestrielle adossée au Centre d'études, de Recherche et de Formation sur les Dynamiques Économiques, Environnementales et Sociales (CERFDES). À l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an (Juin et Décembre).

Ayant un intérêt particulier pour les sciences sociales, elle reçoit des contributions de doctrine livrant des réflexions sur toutes les questions ou problématiques actuelles dans des domaines tels que, la géographie, l'économie, le droit, la santé et tout autre sujet concernant les sciences sociales, humaines et environnementales.

Les articles soumis à la revue Dambé sont évalués de façon rigoureuse par un comité scientifique et de lecture composés de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de diverses nationalités et de spécialités variées. Tous les articles publiés restent accessibles librement par les auteurs ainsi que par les lecteurs sur le site de la revue, à l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an.

COMITE EDITORIAL

Président du Comité Scientifique

Pr Balla DIARRA, Professeur titulaire en Géographie, École Nationale d'Administration

Coordinateur Scientifique

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences en sociologie de la santé, INFTS

Rédacteur en Chef

Dr Idrissa DEMBELE, Maître assistant en droit, USJPB

Rédacteur en Chef Adjoint

Dr Adama Koné, Géographe, CERFDES

Coordonnateur des Rubriques Sciences de la Santé

Dr Abdoul Salam DIARRA, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali

Directeur de publication

Dr Malick TIMBINE, Maître assistant en Géographie, environnement et santé, ISH

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr Balla DIARRA, Géographie, Ecole Nationale d'Administration, Mali

Pr Flatie OUATTARA, philosophie, Université Joseph K. Zerbo, Burkina Faso

Pr Seydou MARIKO, Géographie, Ensup de Bamako, Mali

Pr Cheich Hamala TOURE, Professeur titulaire, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB), Mali

Pr Brema Ely DICKO, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Aboubacar Sidiki COULIBALY, littérature anglaise, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Belco OUOLOGUEM, Philosophie, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Nouhoum TANDINA, Maitre de Conférences CAMES, USJPB

Dr Amadou TRAORE, Maître de conférences CAMES en sociologie, Université de Ségou.

Dr Fodié TANDJIGORA, Sociologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Boureima TOURE, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Seydou LOUA, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Abdoulaye GUINDO, Anthropologie médicale, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Kawélé TOGOLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Almamy SYLLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Amadou BAMBA, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Baba COULIBALY, Géographie Maître de Conférences à l'ISH. Mali

Dr Aimé Assué YAO, Géographie, Maître de conférences CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte D'ivoire.

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Papa Fara DIALLO, Maitre de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger de saint Louis, Sénégal

Dr Boubacar dit Dédé TRAORE, Archéologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr N'Gna TRAORE, anthropologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr Issa DIALLO, Maitre de conférences en sociologie de la santé, INFTS.

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB.

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Allaye NIANGALY, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Abdoul SOGODOGO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Oumar Toumaly DIALLO, Maitre de conférences, USJPB

Dr Samba SOGOBA, Maître de Conférences, USJPB

Dr Yamadou CAMARA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Ahmed SAMAKE, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Fousseyni DOUMBIA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Sounko SISSOKO, Maitre de Conférences, Université de Ségou

Dr Lamine SANDY, Sociologie, Maitre de recherche, INFTS, Mali

COMITE DE LECTURE

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences des Universités du CAMES en sociologie de la santé, INFTS

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Éducation, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Yacouba TENGUERI, Maître-assistant CAMES Sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso.

Dr Amadou BAMBA, Maitre-assistant CAMES, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Yéo LANZENI, Maître-assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

Dr Mesmer Luther GUEUYOU, Centre d'études de droit international de l'université Paris Ouest, Enseignant chercheur à l'université de Nantes.

Dr Solim ALEKA, Docteur en Droit public, Ministère de la Santé du TOGO.

Dr Hamidou NAPARE, Sciences de l'éducation, Chargé de Recherches à l'INFSS.

Dr Bakaye TOGOLA, Anglais, études africaines et postcoloniales, UCAD

Dr Issa TOGOLA, Maître assistant en Géographie, Institut de sciences humaines, Bamako.

Dr Soufiana Souleymane MAIGA, didactique des langues université de touba Arabe.

Dr Drissa TRAORE, Maître assistant CAMES, Université de Daloa, RCI.

Dr Tiecoura Hamed COULIBALY, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

Dr Siaka DOUMBIA, Maître assistant en Géographie, Université de Ségou.

Dr Francis Birama Daba SARR, philosophe, Université cheikh Anta Diop de Dakar.

Dr Falingué KEITA, Économie, USSGB.

Dr Harouna BAGAYOKO, Géographie, USSGB.

Dr Adama KONÉ, Géographie, Université de gestion et de développement durable de Bamako.

Dr Amadou SOW, Droit, Centre d'Etudes, de Recherche et de Prospective en Afrique – CERPA (Mali).

Dr Ibrahima BAMBA, Droit, Institut de pédagogie universitaire de Bamako (IPU)

Dr Lassine DIARRA, Maître-Assistant USJPB.

Dr Adama KONE, Géologie, Maître-Assistant à la FST

Dr Issa OUATTARA, Maître assistant en Géographie, INFTS de Bamako.

Dr Oumar DEMBELE, Géographie, point SUD.

Dr Oumar KONÉ, philosophie, USLHB.

Dr Abdou Bougoury TRAORE, Économie de l'environnement, USSGB.

Dr Lassina TOGOLA, logisticien, USSGB.

Dr Ousmane DOUMBIA, Marketing communication, USSGB.

Dr Toumani KANTE, sciences agronomiques, IER.

Dr Youssouf GUINDO, Géographie de l'environnement, ENSUP.

Dr YAO Koffi Bertrand, Maître assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan.

Dr Abdoulaye MAIGA, Économie politique, USSGB.

Dr Abdoul wahab Issiaka MAIGA, Administration Éducative et planification. Université privée Attaoune (UPA), BAMAKO

Dr Ousmane Famagan KONATE, Droit public.

Dr Malick TIMBINE, Géographie, environnement et Santé, Maître-Assistant à l'ISH.

Dr Moussa FOFANA, anthropologie de la santé, Maître-Assistant à L'ISH.

Dr Lala Aïché TRAORE, Lettre Moderne, Maître- Assistant à l'ISH.

Dr Yaya SIDIBE, Économie, Maître Assistant à l'USSGB.

Dr Mamoutou BERTHE, Philosophie à l'ENSup.

Dr Abdoulaye N'Tigui KONARE, économiste, Maître- Assistant à l'USSGB.

Dr Boubacar KONATE, Maître-Assistant à l'INFTS.

Dr Ousmane SY, Maître de recherche, Epidémiologiste, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

Dr Abdoul Salam Diarra, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali.

Dr Idrissa DEMBELE, droit, Maitre-Assistant, USJPB

Dr Bengaly GUINDO, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Sory Ibrahim Maiga, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Mohamed BERTHE, droit Maitre-Assistant, École supérieur de journalisme et des sciences de la communication, Bamako

Dr Seydou MALLET, droit, USJPB

Dr Oumar CAMARA, droit, Maitre-Assistant en droit USJPB

Dr Bakary KONE, Maitre-Assistant à l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.

Dr Lamine Boua COULIBALY, Géographie, Maitre-Assistant à l'Université de Ségou.

Dr Soumaila COULIBALY, Psychologie, Enseignant chercheur à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Dr Seydou Soungalo COULIBALY, Sciences de l'éducation, à l'IPU de Bamako.

Dr Ibrahim Amara DIALLO, Philosophie politique et morale, ULSHB.

Dr Ibrahim KONE, relations internationales, FSAP, Bamako

Dr Moïse Jean, Docteur en droit public à l'Université de Nanterre, Chercheur postdoctoral à l'Université de Genève.

SOMMAIRE

PARTIE 1 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
LA TURQUIE A L'EPREUVE DU MULTICULTURALISME : LE VECU DES COUPLES AFRO-TURCS DANS LA VILLE D'ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT DES SYSTEMES D'ELEVAGE SUR LA TRANSFORMATION DES PAYSAGES DANS LA REGION DE GBÊKÊ (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION DES ORGANISATIONS PAYSANNES A L'EMERGENCE DU SECTEUR AGRICOLE EST-KASAÏN : QUELS MECANISMES POUR SON EFFECTIVITE ?..... 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESSIBILITE EN EAU ET VULNERABILITES DES POPULATIONS RURALES DANS LE DEPARTEMENT DE DABAKALA (CENTRE NORD DE LA COTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION DES ENSEIGNEMENTS DE LANGUE A L'EDUCATION A LA CITOYENNETE : L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS AU PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE AU TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
L'ECOLE DANS LES ZONES INDUSTRIALO-PORTUAIRES ET COMMERCIALES A ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
LA MÉDECINE GÉNOMIQUE À L'ÉPREUVE DE LA RÉFLEXION PHILOSOPHIQUE : VERS UNE RÉVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION DES AINES ET MALTRAITANCE INTRAFRATERNELLE DANS LES FAMILLES MONOPARENTALES MATRICENTRIQUES : CAS DU DISTRICT D'ABIDJAN 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES DECHETS SOLIDES EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)..... 155
Safiatou DIALLO
EXCISION EN GUINEE : QUAND LES TRADITIONS CULTURELLES FREINENT L'ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES IMMIGRANTES SERVEUSES DANS LES DEBITS DE BOISSONS A OUAGADOUGOU..... 185
Chéhibou COULIBALY
FONCTIONS SOCIOCULTURELLES DU *KANCIINRI* CHEZ LES SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
INONDATIONS DANS LES QUARTIERS PERIURBAINS DE BAMAKO : STRATEGIES D'ADAPTATIONS DES POPULATIONS RIVERAINES DE KALABANCORO..... 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS : CONTRASTES DES OFFRES MEDICALES A YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRATIQUE DES ACTIVITES DE MARAICHAGE DANS LA VILLE DE SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISME DANS LES ECOLES AMERICAINES : UN FACTEUR DE GRANDEUR DE L'HOMME AMERICAIN ET DE DEVELOPPEMENT DE L'AMERIQUE 279
CISSE Abdoulaye
LA CRISE SOCIO SECURITAIRE ET L'EDUCATION DANS LE NORD ET LE CENTRE DU MALI..... 291
Aminata B SANGARE

INSTRUMENT DE MUSIQUE TRADITIONNELLE EN VOIE DE DISPARITION : CAS DU FLENKOLO BALANI, COMMUNE DE KASSARO, REGION DE KITA 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
DEPENSES SANITAIRES EFFECTUEES PAR LES USAGERS DANS L'AIRE DE SANTE DU CSREF DE KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
ETUDE ET DIMENSIONNEMENT D'UNE MINI CENTRALE SOLAIRE PHOTOVOLTAÏQUE : CAS DU COMPLEXE HOSPITALIER DE LUOZI 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
LA GEOGRAPHIE DES MASQUES AU PAYS DOGON ET LEUR ROLE DANS LE VIVRE ENSEMBLE AU MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
ANALYSE SOCIO CULTURELLE DES MONUMENTS DU DISTRICT DE BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
TEST STATISTIQUE DE LIAISON ENTRE LA PAUVRETE ET LA SANTE DE L'ENFANT AU MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTION DES POPULATIONS ET INTERACTION DES ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE : CAS DU CSCOM DE SOGONIKO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE : CAS DU CSREF DE KALABANKORO 436

PARTIE 2: SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Dr Tiécoro DIARRA
L'EXPRESSION DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES 455
KOAMA Hamidou
L'ANIMATION DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE FINANCES PUBLIQUES AU MALI 488

TABLE OF CONTENT

PART 1 : HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
TURKEY FACING THE CHALLENGE OF MULTICULTURALISM: THE EXPERIENCE OF AFRO-TURKISH COUPLES IN THE CITY OF ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT OF LIVESTOCK SYSTEMS ON LANDSCAPE TRANSFORMATION IN THE GBÊKÊ REGION (CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION OF FARMERS' ORGANISATIONS IN THE EMERGENCE OF THE AGRICULTURAL SECTOR IN EAST KASAÏN: WHAT MECHANISMS ARE NEEDED TO ENSURE ITS EFFECTIVENESS? 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESS TO WATER AND VULNERABILITIES OF RURAL POPULATIONS IN THE DEPARTMENT OF DABAKALA (NORTH CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION OF LANGUAGE TEACHING TO CITIZENSHIP EDUCATION: TEACHING ENGLISH IN JUNIOR SECONDARY SCHOOL IN TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
SCHOOLS IN THE INDUSTRIAL, PORT AND COMMERCIAL AREAS OF ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
GENOMIC MEDICINE PUT TO THE TEST OF PHILOSOPHICAL REFLECTION: TOWARDS A CONCEPTUAL REVOLUTION IN HEALTHCARE 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION OF ELDERLY PEOPLE AND INTRA-FRATERNAL ABUSE IN MATRICENTRIC SINGLE-PARENT FAMILIES: THE CASE OF THE ABIDJAN

DISTRICT 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
SOLID WASTE MANAGEMENT ISSUES IN COMMUNE V OF THE DISTRICT OF BAMAKO (MALI) 155
Safiatou DIALLO
FEMALE GENITAL MUTILATION IN GUINEA: WHEN CULTURAL TRADITIONS HINDER ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF IMMIGRANT WAITRESSES IN DRINKING ESTABLISHMENTS IN OUAGADOUGOU 185
Chéhibou COULIBALY
SOCIOCULTURAL FUNCTIONS OF THE KANCIINRI AMONG THE SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
FLOODING IN THE PERI-URBAN NEIGHBOURHOODS OF BAMAKO: ADAPTATION STRATEGIES OF THE REVERSIDE POPULATIONS IN KALABANCORO 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
TREATMENT OF MALARIA IN PREGNANT WOMEN AND CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE: CONTRASTS IN MEDICAL SERVICES IN YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRACTISING MARKET GARDENING IN THE CITY OF SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISM IN AMERICAN SCHOOLS: A FACTOR IN THE GREATNESS OF THE AMERICAN PEOPLE AND THE DEVELOPMENT OF AMERICA 279
CISSE Abdoulaye
THE SOCIO-SECURITY CRISIS AND EDUCATION IN NORTHERN AND CENTRAL MALI 291
Aminata B SANGARE
TRADITIONAL MUSICAL INSTRUMENT IN DANGER OF DISAPPEARING: THE CASE OF THE FLENKOLO BALANI IN THE COMMUNE OF KASSARO, KITA REGION 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH EXPENDITURE BY USERS IN THE CSREF OF KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
STUDY AND DESIGN OF A MINI PHOTOVOLTAIC SOLAR POWER PLANT: THE CASE OF THE LUOZI HOSPITAL COMPLEX 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
THE GEOGRAPHY OF MASKS IN THE DOGON COUNTRY AND THEIR ROLE IN COMMUNITY LIFE IN MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
SOCIO-CULTURAL ANALYSIS OF MONUMENTS IN THE DISTRICT OF BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
STATISTICAL TEST OF THE LINK BETWEEN POVERTY AND CHILD HEALTH IN MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTIONS OF THE POPULATION AND STAKEHOLDER INTERACTION IN HEALTHCARE DELIVERY: A CASE STUDY OF THE SOGONIKO COMMUNITY HEALTH CENTER, COMMUNE VI OF THE BAMAKO DISTRICT 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH CENTER OPERATIONS: THE CASE OF THE KALABANKORO REFERENCE HEALTH CENTER 436

PART 2: LEGAL AND POLITICAL SCIENCES

Dr Tiécoro DIARRA
THE EXPRESSION OF LOCAL GOVERNMENT REGULATORY POWERS 455
KOAMA Hamidou
ENHANCING PARLIAMENTARY OVERSIGHT OF PUBLIC FINANCES IN MALI 488

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

PERCEPTION DES POPULATIONS ET INTERACTION DES ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE : CAS DU CSCOM DE SOGONIKO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

PERCEPTIONS OF THE POPULATION AND STAKEHOLDER INTERACTION IN HEALTHCARE DELIVERY: A CASE STUDY OF THE SOGONIKO COMMUNITY HEALTH CENTER, COMMUNE VI OF THE BAMAKO DISTRICT

Lassina BERTHE
Docteur en Sociologie de la santé, IPU
lassinaberthe5@gmail.com
Dr Malick TIMBINE
Enseignant - Chercheur à l'Institut des Sciences Humaines (ISH)
malitimbe83@yaho.fr
Daouda KASSOGUE
Doctorant à l'Institut de Pédagogie Universitaire (IPU)
daoukassogue@gmail.com

Résumé

Cet article porte sur la perception des populations et l'interaction des acteurs dans la prise en charge sanitaire : Cas du CSCOM de Sogoniko en commune VI du district de Bamako. Il analyse les relations entre les élus de l'ASACO et le personnel du CSCOM, mais aussi les problèmes de fonctionnement. L'approche mixte (qualitative et quantitative) a été utilisée pour aboutir aux résultats.

Sur le plan méthodologique, la collecte des données s'est effectuée à partir des questionnaires, l'observation directe sur le terrain et l'administration d'un guide d'entretien auprès de 50 enquêtés pour mieux comprendre les différents contours des centres de santé.

Aux termes de cette étude, les résultats révèlent qu'il y a de bonnes relations entre l'ASACO et le personnel soignant, entre les soignants et les malades. Le CSCOM est moins fréquenté par les usagers et cela s'explique par la proximité du centre de référence de la commune VI du district de Bamako.

Mots clés : Analyse, socio-culturelle, santé, communautaire.

Abstract

This article focuses on the perception of populations and the interaction of actors in health care: Case of the CSCOM of Sogoniko in commune VI of the district of Bamako. It analyzes the relationships between the elected officials of the ASACO and the staff of the CSCOM, but also the operational problems. The mixed approach (qualitative and quantitative) was used to arrive at the results.

On the methodological level, the data collection was carried out from questionnaires, direct observation in the field and the administration of an interview guide with 50 respondents to better understand the different contours of the health centers.

According to this study, the results reveal that there are good relationships between the ASACO and the health care staff, between the caregivers and the patients. The CSCOM is less frequented by users and this is explained by the proximity of the reference center of commune VI of the district of Bamako.

Keywords: Analysis, socio-cultural, health, community.

1. Introduction

Le mouvement de développement communautaire est né dans les années 50 et 60 pendant la période de décolonisation des pays en développement, stratégie favorisée par les missionnaires puis adaptées par les Nations Unies pour promouvoir le développement social et économique des régions rurales et des nouvelles nations. Au lendemain des indépendances la majorité des pays africains se trouve dans une situation précaire : On observe la flambée des coups du pétrole, dévalorisation des cultures d'exportation auxquels s'ajoutent des conditions climatiques défavorable (sécheresse exceptionnelle), (Kassa, 2008). La santé est l'un des secteurs les plus touchés par cette crise financière. La participation de la population devient nécessaire pour créer des ressources supplémentaires en termes de main-d'œuvre, argent, matériel, afin de développer les services de santé.

Le concept de participation communautaire dans le domaine de la santé apparu au début des années 1970 est en quelque sorte institutionnalisée par l'Organisation Mondiale Santé en 1978, lors de la conférence d'Alma Ata (Bocoum, 2003). La définition de soins de santé

primaire (SSP) adoptée à cette occasion a en effet donné à la communauté un rôle central. D'une part, c'est la participation communautaire que les soins de santé primaire pourront être mis en œuvre et d'autre part, la participation communautaire constitue une finalité en soi ou tout au moins une composante importante du développement global. La participation communautaire fut donc identifiée comme la clé des soins de santé primaire et est censée apportée les bénéfices. Toutefois, parler de la maladie ce n'est pas seulement parler des causes sociales de la maladie mais de « l'armature intellectuelle » qui sert à penser la maladie. Ceci se justifie que toute action qui tienne compte de l'ensemble des possibilités d'améliorer cette qualité de vie. Ce qui va nous amener à examiner les actions menées par le Programme Décennal de Développement Sanitaire (PRODESS) dans l'amélioration de la qualité de vie des maliens. Les pouvoirs publics et les partenaires aux développements ont employé de gros efforts pour la mise en œuvre d'un programme de santé cohérent et capable de prendre en compte nos préoccupations en la matière (Raymond, 1995).

Au Mali, la participation de la population dans les domaines de la santé débute dans les années 1970 et s'est institunnalisées par l'Organisation Mondiale de la santé en 1978 de la conférence d'Alma Ata. La carte sanitaire du Mali enregistre 1070 aires de santé dont 729 ont bénéficié de construction de centre de santé communautaire(CSCOM) suite à une dynamique communautaire ayant permis la mise en place d'associations de santé de santé communautaire (ASACO) ((Ministère, 2009). Il faut rappeler également que le gouvernement du Mali a adopté en 1998 un développement sanitaire et social (PRODESS) 1998 à 2007 basé sur l'approche sectorielle qui vise à avoir une vision globale sur le secteur de la santé. L'objectif majeur de la politique sanitaire est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants (Béridogo, 1998). L'amélioration de cet état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays en réduisant la mortalité maternelle et infantile de même que la mobilité et la mortalité dû aux principales maladies. Il s'agit également de développer les services de planification et de promouvoir l'attitude et comportement sain favorable à la santé et au bien-être de la famille. Notre intérêt pour les CSCOM se justifie par l'ampleur

des problèmes de santé publique dans le district de Bamako en général et particulièrement dans le quartier de Sogoniko en commune VI.

La politique de santé au Mali est passée par plusieurs étapes. Ce processus abouti à la décentralisation de la politique sectorielle de santé. En Décembre, 1990 dans le but de conférer au secteur de la santé, un rôle de premier plan dans la politique générale de décentralisation pour amener des populations à participer pleinement à la gestion consensuelle communautaire et à l'obtention des services de qualité avec la disponibilité des médicaments essentiels. Cependant, il est à noter que la plupart du temps ces difficultés sont à la précocité, à l'évolution rapide des centres et surtout l'orientation du politique sanitaire pays que les SCSCOM ont beaucoup contribué à modifier.

Dans le cadre de la santé et de la viabilité économique et sociale des CSCOM au Mali, l'étude de cas en milieu urbain et rural de Mamadou K. KONATE (2005) fait ressortir des points importants de la politique sectorielle de santé au Mali. Selon lui, la politique sectorielle au Mali est bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le second est le centre de référence (CSREF) et le troisième niveau renvoi aux hôpitaux.

Dans le cadre des analyses, des accouchements et la prise en charge des enfants victimes de malnutrition, l'étude de cas d'Abdrahamane A MAIGA tente de dégager la proportion de la population ayant accès aux paquets minimum d'activités. Il établit ainsi que tous les cas de maladies présentées sont pris en charge dans le CSCOM sauf les cas rares qui dépassent leurs compétences techniques et matérielles.

Les priorités selon cette politique restent réservées au milieu périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien-être de la famille. Le SCSCOM de la commune VI ne fait pas exception à ce constat. Elle reste une structure peu fréquentée et qui conserve tout son statut de SCSCOM avec une adhésion mitigée de la communauté.

En dépit des efforts consentis par l'ASACO, il reste moins fréquenté par les populations environnantes. Ce constat nous a permis de soulever la problématique de notre sujet de recherche.

2. Démarche méthodologique

Cette étude porte sur l'analyse socio-culturelle des CSCom de Sogoniko en commune VI du district de Bamako. Au regard de l'objectif assigné, nous avons utilisé la méthode mixte (quantitative et qualitative). Nous avons fait des entretiens approfondis de types semi-directifs qui ont été conduits auprès des acteurs des du CSCom.

Les observations directes ont été utilisées. A ce niveau, on observait comment les scènes se déroulaient entre médecins et malades. Enfin, l'observation participante a été menée, tantôt on se mettait en médecin tant en malade en vue d'avoir les informations nécessaires pour la rédaction de notre travail. Cette méthode nous a permis d'être plus proche de nos enquêtés. Ce qui nous a permis de comprendre le fonctionnement du centre de santé en ses détails.

Pour des raisons d'éthiques, nous avons pris soin de garder l'anonymat des enquêtés en attribuant à un numéro d'identification. Les initiales des noms sont suivies des numéros et du nom de la localité. Ainsi, la lettre S est retenue pour les soignants, la lettre M pour les malades et la lettre A est retenue pour les agents de l'ASACO.

2.1 Traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été assisté par l'ordinateur. Nous avons utilisé les logiciels de traitement de texte MS-Word 2000, le tableur MS–Excel 2000 pour Windows 98 pour les calculs et le logiciel ''Enketo Express For Kobo Toolbox'' pour le traitement statistique des données. En ce qui concerne la méthode qualitative les discours ont été analysés.

2.3 Présentation du milieu d'étude

Sogoniko fait partie des quartiers de la commune VI du district de Bamako. Situé sur la rive droite du fleuve Niger, sogoniko couvre une superficie de 353 ha. Cette étude s'est réalisée à Sogoniko l'un des quartiers les plus peuplés de la commune VI du district de Bamako. Sa population est estimée à 22 797 habitants selon les résultats du dernier recensement d'administration à caractère électoral (Mairie de la commune VI 2008).

3. Résultats

3.1 Fonctionnement du CSCOM

Le médecin chef est le directeur du centre, il dirige toute l'équipe. A son absence, c'est le major qui prend le relai. Lorsque le major n'est pas là, c'est la sage-femme qui là. Ainsi, à la part la sage-femme le médecin chef et le major ne travaillent pas pendant les nuits.

3.2 Accès aux soins

> Le médecin du CSCOM de sogoniko en commune VI du district de Bamako : *« Pour de nombreuses personnes, l'ASACOSO est un lieu politique, qui est passé des mains d'un groupuscule socioreligieux et un autre socio-politique. Cela n'est pas à leur goût. Très banalement, les statistiques soulignent le lien entre la fréquentation du centre par les populations et la présence du médecin. Ainsi, lorsque les populations prendront conscience, ils se rendront aisément pour les consultations* ». Selon un agent de l'ASACOSO : « *Cependant d'autres facteurs peuvent dissuader les populations à fréquenter le CSCOM. Parmi ces facteurs nous pouvons citer entre autres : l'accueil, le prix abordable des médicaments et la qualité ressentie des prestations* ».

Dans le discours du médecin, il ressort que l'ASACO même si c'est un organe politique, son but est de faciliter les soins de santé aux populations environnantes. Que les gens interviennent dans la prise de décisions de leurs soins. Après celui-ci, un agent de l'ASACO pense que pour la bonne fréquentation du CSCOM, il est important de tenir compte de certains facteurs comme l'accueil et la bonne prestation des agents sanitaires.

Tableau 1 : Opinion sur la question de fréquentation de l'ASACOSO

Modalités de réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	40	90%
Non	10	10%
Total	50	100,0

Source : Enquête de terrain, 2020

Dans ce tableau, il ressort que les 90% des répondants affirment que le SCSCOM n'est pas fréquenté contre 10% qui disent qu'il est fréquenté. Ce non fréquentation du SCSCOM par les usagers s'explique par le fait que ce centre est très proche du centre de santé de Référence de la commune VI du district de Bamako qui est le premier centre de santé de ladite localité. Selon certains d'entre eux, il doit y avoir plus de gratuité de soin. Par exemple au CSCOM de yirimadjo, on constate qu'il y a gratuité des soins de santé pour les femmes qui prennent les tickets. Les médicaments de ce CSCOM sont financés par une ONG du nom de MUSO.

> Selon un médecin généraliste de l'ASACO : « *Pour l'amélioration de la qualité de leurs prestations le personnel soignant tient toujours à informer les populations de Sogoniko, afin qu'ils puissent changer de comportement. Il sensibilise la population et leur demande de s'informer de l'importance du CSCOM)* ».
>
> Selon un autre personnel soignant : *« le comité de gestion de l'ASACO doit toujours ravitailler le dépôt de la pharmacie. Leurs projets en vue d'atteindre les objectifs qui sont : cherché des partenaires (financiers, techniques et morale) faire le recrutement du personnel soignant qualifié en plus de ceux qui existent déjà. »* Dr. AC

Pour la fréquentation du CSCOM, il faut passer par des sensibilisations des populations en vue d'atteindre les objectifs assignés. En plus, on retient du discours d'un médecin que les membres de l'ASACO doivent continuer à chercher les projets qui peuvent financer le CSCOM.

Par exemple le CSCOM de Yirimadjo est financé par un projet. Ce projet injecte des millions par an pour l'achat des médicaments. Et cela permet aux individus qui n'ont pas de moyen de se soigner à moins de coup. Dans les pays les pauvres, les gens ont beaucoup de difficultés parmi lesquelles : la santé, l'alimentation, et les problèmes financiers…

Tableau 2 : Illustration sur l'achat des cartes d'adhésion à l'ASACOSO

Modalités de réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	28	52%
Non	22	48%
Total	50	100,0

Source : Enquête de terrain, 2020

Dans ce tableau, il ressort que 52% de la population de la commune adhère à l'ASACOSO et paye quotidiennement les cotisations. Par contre, nous avons 48% qui n'adhèrent pas. Selon les adhérents, ils sensibilisent les non adhérents afin qu'ils puissent y réfléchir et de venir. Selon un adhérant : « *La logique de la création des CSCOM c'est de rapprocher les communautés aux centres de santé et de participer également au bon fonctionnement ».*

> Par ailleurs, un non adhérant affirmait : « *Je n'adhère, par conséquent, quand un membre de la famille veut faire ses consultations, il est libre d'aller soit au CSCOM ou au centre de référence de la commune VI du district. Donc, là-bas il paye le prix normal pour qu'il soit consulté ».*

Analysant ces deux discours, on se rend compte que le premier intervenant comprend le rôle du CSCOM et y participe pour son bon épanouissement. Contrairement au premier, le second n'a pas donné assez de détails à son attitude.

> Selon un enquêté (membre de l'ASACO) « *les CSCOM sont des formations sanitaires de premier niveau qui ont pour mission : De gérer la mise en œuvre des activités socio-sanitaires au sein de la population, de dispenser des prestations curatives : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, l'exploration des paraclinique. D'assurer la disponibilité des médicaments essentiels, développer les activités de soins préventifs au sein de la collectivité : santé maternelle et infantile, planning familials, vaccination, éducation pour la santé. ».* Nous retenons du discours de cet enquêté, le rôle

du CSCOM sur le plan sanitaire. Il permet aux individus d'être plus proche de soins de santé mais aussi de participer à la gestion de leur propre santé.

3.3 Problèmes liés aux systèmes de santé communautaires

Nous ferons ici l'inventaire de toute une série de problèmes qui se renvoient à l'organisation même des services et aux rapports entre formations sanitaires et la hiérarchie. Certains des problèmes sont évidemment liés aux comportements des personnels. Mais ils existent en même temps à un niveau proprement systémique.

L'enquête a révélé la place importante prise au sein des formations « *des bénévoles », personnels auxiliaires non énumérées officiellement, et assurant parfois des tâches médicales, parfois des tâches non médicales (ménage, gardiennage) parfois des tâches surtout relationnelles (accueil, appui).*

Tableau 3 : Relations entre soignants et malades

Modalités de réponse	**Fréquence**	**Pourcentage**
Oui	40	80%
Non	10	20%
Total	50	100,0

Source : Enquête de terrain, 2020

Dans ce tableau, il ressort que 80% des répondants affirment qu'ils ont de bonnes relations avec le personnel soignant. Pour eux, une fois qu'ils viennent le médecin s'adresse à eux calmement. Par fini, ils sortent soulager de l'hôpital. Par contre, nous avons 20% des répondants qui affirment qu'ils n'ont pas de bonnes relations avec le personnel soignant.

Pour certaines d'entre elles, c'est parce que leurs maris payent les cotisations qui les poussent à venir ici. Les relations soignants-soignés apparaissent comme très souvent insatisfaisantes, avec des enclaves de relations favorisées.

Cette partie concerne essentiellement les relations des personnels de santé avec des patients « anonymats » et dépourvus de tous les signes extérieurs de statut ou de richesse. Ces problèmes rationnels renvoient à tous ceux qui pourraient appeler une « médecine non centrée sur le patient ». Autrement dit un univers médical où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne, il apparait plutôt comme un gêneur. On peut décomposer le « problème rationnel » en ces divers éléments.

> Selon KATILE : « *Lorsque je me présente au médecin avec un mal il me demande de ce que je ressens. Il ne me crie pas dessus, il m'interroge calmement. Je lui réponds et il me prescrit mon ordonnance ».* Selon un accompagnateur : *« Depuis la création de l'ASACOSO en 1993, je suis adhérent et je participe quotidiennement aux réunions. Je paye régulièrement ma carte d'adhésion. Je tiens à affirmer que ces agents que nous sont bons, ils travaillent et aiment leur métier. Ils sont humbles et courageux. Pour lui un bon soignant, c'est celui qui a de la considération pour les malades* ».
>
> Discours de sages-femmes et de matrone : « *Les femmes arrivent au centre à partir de 8 heures, souvent leur panier de ménage pour se rendre au marché. Elles prennent place sur des bancs métalliques, ou en bois placés devant la maternité. Tour à tour elles sont appelées par les matrones qui contrôlent les tensions, mesurent le poids et enregistrent les noms des femmes enceintes avant de les laisser aller dans le bureau de la sage-femme. Ainsi, la consultation varie de 300 F CFA pour les adhérentes et à 600 F CFA pour les non adhérentes ».*

Dans le discours de Katilé, on comprend qu'il n'y a pas de problème entre le personnel soignant et les populations, c'est-à-dire ils font normalement ce qu'ils doivent faire pour le bien des acteurs. Par ailleurs, on comprend aisément dans le discours de la matrone que les femmes qui viennent au CSCOM pour les consultations prénatales profitent en allant au marché pour l'achat des condiments.

Tableau 4 : Opinion des malades sur l'accueil

Modalités de réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	30	70%
Non	20	30%
Total	**50**	**100**

Source : Enquête de terrain, 2020

Dans ce tableau, il ressort que les 70% des répondants affirment que le personnel soignant accueille bien les malades. Par contre, 30% trouvent qu'ils ne sont pas bien accueillis. Alors qu'en réalité, l'accueil joue un rôle important dans les soins d'un malade. Un malade bien accueilli à l'hôpital est à moitié guéri.

De même, pour certains il y a parfois absence de tout « filet social » pour les démunis est aveuglante. Le recouvrement des coûts signifie que celui qui n'a pas d'argent n'est pas même reçu et examiné.

> Une répondante affirmait « *Quand tu arrives à l'hôpital c'est ta poche qu'on regarde ».* Une autre affirme que l'accueil et la communication vont ensemble : « *bien souvent, aucune explication n'est fournie sur le diagnostic, sur la maladie et son évolution sur les problèmes que peuvent poser les traitements. Autrement dit, l'interaction n'est presque jamais établie ».*

Dans les discours des enquêtés, il ressort une variété de réponses des uns et des autres. Le premier critique l'attitude des soignants. De même, le second affirme que dans les centres de santé les malades sont insatisfaits par rapport aux comportements des soignants.

Tableau 5 : Opinion des malades sur la question de la régularité des soignants

opinions	Oui		Non	
	Réponse	%	Réponse	%
Malades	28	51%	22	49%

Source : Enquête de terrain, 2020

Les malades enquêtés ont affirmé à 51% que l'équipe soignante est régulière au travail. Selon eux, ils n'ont pas de reproche à faire au personnel soignant parce qu'ils respectent les heures de travail. Par contre, nous avons 49% des répondants qui affirment qu'il y avait plusieurs irrégularités du personnel soignant à l'hôpital. Pour ces derniers, certaines sages-femmes et matrones n'accueillent pas bien les femmes qui viennent au centre de santé pour des consultations prénatales. Parfois même, elles crient sur les femmes qui viennent pour les consultations.

> Selon un membre de l'ASACO : « *L'ASACO rencontre beaucoup de difficultés financières. Le manque des partenaires au développement, la non fréquentation du CSCOM qui affecte le rendement puisque les malades au lieu d'aller au CSCOM vont au centre de santé de référence de la commune VI qui est le premier de santé du quartier. »*.

4. Discussions

La santé publique est aujourd'hui définie comme une nouvelle normalité et comme une éthique normative. Pour Raymond Massé (1995), en effet, la santé ne s'étend pas ici simplement comme le secteur des interventions préventives délaissées par le libre marché de soins.

Ainsi, cette étude a permis, de connaitre les contours et d'avoir les taux de participation de la population dans le domaine de la santé (SCSCOM). Dans notre étude, il ressort que le CSCOM est moins fréquenté pour des raisons connues. Il s'agit notamment de la proximité du centre de santé au centre de référence de la commune VI du district de Bamako. Ce résultat est différent de ce qu'affirme le présent du CG du CS de Gbessia-port de Conakry « *On nous dit que nous étions propriétaires du centre de santé. Nous avons constaté que nous ne sommes les véritables gérants des recettes. On nous parachute des instructions. Nous n'avons pas d'autorité sur l'administration*

du personnel. Au point de vue recettes, nous ne sommes pas maitres d'œuvre, on nous donne des instructions. Nous ne nous sentons plus propriétaires du centre de santé ».

Dans les cas des SCSCOM (Mali) ou (Côte d'Ivoire), les pouvoirs des comités sont beaucoup plus importants, en particulier parce que ce sont ceux qui sont à l'initiative de la création du centre, et qu'ils embauchent et salarient les personnels, médecin inclus (et les licencient éventuellement). Ceci assure incontestablement un « pouvoir » des comités sur le personnel de santé, autrement dit « un contre-pouvoir » une réelle face au pouvoir médical. Mais ce n'est pas nécessairement un « pouvoir » de la population, et on constate alors fréquemment une « main-mise » de quelques notables ou d'une faction locale (en général politique) sur les usagers.

Marc Augé de son coté trouve que « Par ailleurs, dans un centre santé de Bamako, les conflits de comité sont l'expression de rivalités politiques préexistantes. Ces rivalités se sont accrues avec l'annonce du financement de la construction du centre de santé par le président de la république. Dès lors, les militants de son parti estiment que personne en dehors d'eux ne doit prétendre à la direction de ce nouveau centre (Boré, 2008).

Nous remarquons que les centres de santé rencontrent beaucoup de difficultés dans leur fonctionnement que ce soit entre les malades et les soignants ou parfois entre les membres de l'ASACO. Ainsi, dans notre étude nous avons eu comme résultat :

> Selon un autre membre : « *Ils ont beaucoup de difficultés financières, le plus souvent l'approvisionnements de la pharmacie du CSCOM en médicament se fait en crédit. Une fois que ces produits sont vendus aux acteurs, ils réalisent des bénéfices afin de subvenir aux besoins du CSCOM ».* Notre résultat est différent de celui Rotoma à Conakry « *J'ai fait mon* premier *accouchement à la maternité de Ratoma les sages-femmes sont impolies, elles n'ont pas d''éducation, pas de conscience professionnelle. Tu ne peux pas voir une femme en travail et l'insulter ! On te gifle. Même si l'heure n'est pas venue, elles provoquent l'accouchement et elles précipitent la mort des femmes. Les sages-femmes montent avec leur pied sur le vendre de la femme, on force la femme à accoucher, si tu ripostes, on te gifle, disent-elles ».*

Par rapport à la gestion des ASACOs, le résultat que nous avons obtenu est totalement différent des informations données par le (président du CG et CS de Gbessia-Port, Conakry).

> Ainsi dans ces propos, il décrit que : « *on nous a dit que nous étions propriétaires du centre de santé. Nous avons constaté que nous ne sommes pas les véritables gérants des recettes. On nous parachute des instructions. Nous n'avons pas d'autorité sur l'administration du personnel. Au point de vue recettes, nous ne sommes pas les maitres d'œuvre, on nous donne des instructions. Nous ne nous sentons plus propriétaires du centre de santé ».* Or au CSCOM de Sogoniko : « Les membres de l'ASACOS interviennent pleinement à la gestion des recettes de leur centre de santé ». Good de son coté affirme : « *je suis plus que jamais convaincu que le langage de la médecine, n'est pas un simple miroir du monde empirique. C'est un riche langage culturel, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité du système des relations sociales, qui dans le traitement médical, associe les grandes questions morales à des fonctions techniques plus évidentes ».*
>
> Pour Fassin, la santé relève un aspect culturel : « Rapport entre santé et santé de la reproduction ». L'anthropologie dans ses rapports avec les autres disciplines biomédicales est souvent cantonnée dans ses aspects les plus culturalistes. Certains représentants des disciplines biomédicales, lorsqu'ils évoquent les résistances culturelles au développement sanitaire ; disent qu'il conviendrait de mieux connaitre ; pour les transformer les éléments favorables à l'amélioration de la santé.

Marc (1983) de son côté souligne en filigrane ‘’l'expérience de la douleur et celle de la maladie subit un modelage culturel tout comme la discrimination des symptômes par le malade. On attache selon les sociétés, un intérêt plus grand à certains organes qu'à d'autres.

Conclusion

Au terme de cette étude, les résultats révèlent que les CSCOM sont fréquentés pour quelques raisons : la proximité du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Du point de vue technique ce centre a fait beaucoup de progrès dans ses différentes prestations. Les gens deviennent de plus en plus considérable c'est-à-dire les taux de fréquentation s'augmentent petit à petit. Ceci explique la participation des femmes et des enfants.

Il est à noter que ce centre laisse apparaitre des faiblesses qui exigent des solutions rapides. Le manque de sensibilisation qui se traduit par une diminution d'adhésion ; le manque de système de gestion de stocks de médicaments. De façon générale, l'ASACOSO doit réfléchir sur la mise en place des activités génératrices de revenus, au-delà des ressources générées par le CSCOM ; rationnaliser le recrutement du personnel en vue de faciliter la prise en charge de l'ASACO. Expliquer mieux l'approche communautaire initiée par le service socio-sanitaire pour faire adhérer mieux les populations. Définir clairement les rapports entre les structures de tutelle et les organes de FELASCOM de manière à mettre en relief les prérogatives des uns et des autres. Conjuguer les efforts pour l'atteinte des objectifs sectoriels. Cette étude a permis de savoir l'interaction entre les acteurs dans la prise en charge sanitaire au niveau de la commune et plus précisément à Sogoniko.

Références bibliographiques

AUGE, Marc, (1983) : « Le *sens mental : Anthropologie et Sociologie de la santé* » Paris, archives contemporaine ;

BAUMMANN Michel, Cannet Didier ; CHALONS Serge, (2008) : Santé *communautaire et action humanitaire, le diagnostic de santé d'une population* » ENSP Ecole Nationale de Santé Publique, faculté de médecine, p.43

BOCOUM, Hammadoun (2002) : *Problématiques de la gestion communautaire d'un centre de santé en milieu rural, étude du cas du centre de santé communautaire (CSCOM) de Fatogoma, dans la région de Mopti*, p. 52

BERIDOGO, Bréhima, (1998) : « *Les grands domaines de l'Anthropologie de la santé »* Bamako, p. 19

FENASCOM, (2001) : « *Problématique de mobilisation des populations autours des activités des ASACO* » ; rapport d'atelier sur l'implication des femmes dans la création et gestion des ASACO Mai, 2001, p.10

Direction de santé publique, (1991) : *Rapport final sur les centres de santé communautaires (CSCOM).*

Good B (Cambrige), (1998) : *Commentaires de l'anthropologie médicale ?* Médecine nationaliste et vécu, le plessis robinson, Institut Synthélabo, p.54 - 433

GRUENAIS Marc, DONZON et E. (1992) : *Anthropologie et santé publique*, » Paris, ORSTOM, vol. 28, n°1 p.62

SIDIBE, Aichata Niama (2007) : *« Problématique des centres de santé communautaire au Mali : cas SCCOM de Boulkassoumbougou (ASACO BOUL1 Commune I du district de Bamako* ».

RAYMOND, Massé, (1995) : *« Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la promotion de la santé / Montréal /Paris/ Casablanca)* Bibliothèque de l'OMS, Bamako Mali.

KONATE Mamadou, (2005) : « *Réflexion sur la santé au Mali, problèmes et perspectives »* mémoire de maitrise en sociologie, FLASH.

MAIGA Abdramane (2005) : « *Rapport d'activité de l'exercice* »,

Santé communautaire, (2003) : *« Cadre juridique prend forme* » in ESSOR Bamako, AMAP n° 14960 du lundi 19, Mai

TALL, Emmanuelle K, (2008) :« *Anthropologie et psychiatrie face aux médecines traditionnelles in ».*