

BURKINA FASO
.....
Université de Ouagadougou
.....
Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S)
Section Médecine

Année Universitaire 1996/1997

Thèse n° 19

PLACE ET RÔLE DE L'HÔPITAL DE DIS-
TRICT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ
BURKINABÉ :
CAS DU CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE
CHIRURGICALE DE DIÉBOUGOU

Thèse présentée et soutenue publiquement le 13 Janvier 1998 pour obtenir
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ZANGA Soré Moussa

né le 14 Novembre 1968 à Ouagadougou (B.F)

Jury :

Président :

Professeur Hilaire TIENDREBEOGO

Membres :

Professeur Ag. Blaise SONDO
Professeur Ag. Youssouf DRABO
Docteur Théophile COMPAORE
Docteur Abdoulaye TRAORE

Directeur de Thèse

Professeur B.K. SONDO

Co-Directeur

Docteur I. SANOGO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologies et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologie
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie Toxicologie

Professeur associé

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
-----------------	-----------------

Maîtres de Conférences Agrégés

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie

Maîtres de Conférences associés

Jean TESTA Epidémiologie-Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Assistants associés

Magali CLOES

ULB

Caroline BRIQUET

ULB

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie-Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

SI Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie Vénérologie

Abdoulaye TRAORE

Santé Publique

Kampadilemba OUOBA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie Générale

Daman SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Joachim SANOU

Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO

Psychiatrie

Georges KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Théophile TAPSOBA

Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HEN	Chirurgie -urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M.Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Maïmouna OUATTARA/DAO	ORL
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entéro
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
Nicole Marie ZABRE/KYELEM	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
------------------	-------------------------

Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique
B. SAKANDE	Anatomie-Pathologie
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M.D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun D. MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS

NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques

(FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memoriam)	Chimie

Maitres de Conférences

Boukary	LEGMA	Chimie-Physique Générale
François	ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert	OUEDRAOGO	Zoologie
Adama	SABA	Chimie Organique
Philippe	SANKARA	Cryptogamie

Maitres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

**Institut du Développement Rural
(IDR)****Maitres-de Conférences**

Didier ZONGO	Génétique
--------------	-----------

**Faculté des Sciences Economiques
et de Gestion (FASEG)****Maitre-Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

Assistants

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

**Faculté de Droit et Sciences
Politiques (FDSP)**

Assistants

Jean Claude TAITA Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO Cardiologie
Virginie TAPSOBA Ophtalmologie
R. Joseph KABORE Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO Radiologie

Dr Bruno ELOLA Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE Planification

Dr Nicole PARQUET Dermatologie
M. GUILLRET Hydrologie
M. DAHOU (in memoriam) Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie

Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Dr Badioré OUATTARA Galénique

Dr Tométo KALOULE Médecine du Travail

Dr Alassane SICKO Anatomie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE Hématologie (Dakar)

Pr. Abibou SAMB Bactério-Virologie (Dakar)

Pr. José Marie AFOUTOU Histologie-Embryologie
(Dakar)

Pr. Makhtar WADE Bibliographie (Dakar)

Pr. M. K.A. EIDEE Biophysique (Lomé)

Pr.Ag.Mbayang NDIAYE-NIANG Physiologie (Dakar)

Pr. Ag. R DARBOUX Histologie-Embryologie

Pr. Ag. E. BASSENE (Bénin)
Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON Histologie-Embryologie
(Creteil)

Dr Frédéric GALLEY Anatomie Pathologique
(Lille)

Dr Moussa TRAORE Neurologie (Bamako)

Pr. Auguste KADIO Pathologies infectieuses et
parasitaires (Abidjan)

Pr Jean Marie KANGA Dermatologie (Abidjan)

Pr. Arthur N'GOLET Anatomie Pathologique
(Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE Médecine Légale

Pr AYRAUD Histologie-Embriologie

Pr. Henri MOURAY Biochimie (Tours)

Pr. Denis WOUESSI DJEWE Pharmacie Galénique
(Paris XI)

Pr. M. BOIRON Physiologie

**Mission de l'Université Libre de
Bruxelles (ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME Chimie
Analytique-Biophysique

Pr. Viviane MOES Galénique

**LISTE DU PERSONNEL
ADMINISTRATIF**

Doyen Pr. R. B. SOUDRE

Vice-Doyen Chargé des Affaires
Académiques et Directeur de la
Section Pharmacie (VDA) Pr. I. P. GUISSOU

Vice-Doyen à la Recherche et
à la vulgarisation (VDR) Pr. Ag. B. KONE

Directeur des Stages de la

Section Médecine	Pr. Ag. R. K. OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr M. SAWADOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Arouna TATIETA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA

**A NOS MAÎTRES
ET JUGES**

A notre Maître et Président de Jury,

Le Professeur agrégé Hilaire TIENDREBEOGO,

Professeur titulaire, agrégé en Pneumo-Phtisiologie.

Vous avez été l'un des piliers de notre formation en Pneumo-Phtisiologie. Votre modestie et votre simplicité nous ont beaucoup séduites. Nous avons beaucoup appris auprès de vous ; nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations. Très profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse,

Le Professeur agrégé Blaise SONDO,

Maître de Conférence, agrégé en Santé Publique.

C'est un grand honneur pour nous car, en dépit de vos multiples occupations, vous avez accepté de nous encadrer pour ce travail. Par votre modestie, votre très grande rigueur scientifique, vous avez contribué par votre disponibilité et vos suggestions à la réalisation de cette thèse. Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude pour l'enseignement que vous nous avez fait bénéficier en Santé publique.

A notre Maître et Juge,

Le professeur agrégé Joseph DRABO,

Maître de Conférence, agrégé en Médecine interne.

Vous nous avez toujours fasciné par votre simplicité, votre ardeur et votre amour du travail bien fait.

Vous avez toujours été compréhensif, sensible et attentif aux problèmes quotidiens des étudiants.

Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,

Le Docteur Abdoulaye TRAORE,

Maître Assistant de Santé Publique.

Vos immenses connaissances en Santé Publique et votre dévouement pour l'enseignement nous ont beaucoup profité. Nous avons toujours admiré votre rigueur au travail mais aussi votre sens de l'humour. Merci d'avoir accepté de siéger pour apprécier notre travail.

A notre Maître et Juge,

Le Docteur Théophile COMPAORE,

Assistant-Chef de Clinique de chirurgie.

Nous avons été marqué par votre discrétion et l'amour que vous portez à vos patients lors de notre stage dans le service de chirurgie. Vous nous honorez en acceptant de siéger dans ce jury. Recevez toute notre profonde gratitude.

A notre co-directeur de Thèse,

Le Docteur Ibrahim SANOGO,

Médecin de Santé Publique, Coordonnateur au Projet allemand GTZ.

En nous inspirant le sujet de cette thèse, vous nous avez fait grande confiance. Malgré votre emploi du temps très chargé, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous apporter conseils, suggestions et votre soutien matériel. Très profonde reconnaissance.

DEDICACES

A mon Père

Ce travail est le vôtre. Il couronne les multiples efforts et sacrifices que vous n'avez cessé de déployer pour m'assurer cette formation. Je suis fier pour vous et j'espère ne pas vous décevoir.

A ma Mère

Vous voilà récompensée de plusieurs années de sacrifices et de patience. Merci infiniment pour toute l'attention que j'ai toujours bénéficiée auprès de vous.

A la mémoire de mes Frères et Sœurs :

Karim, Abdoul, Aïcha et Ousmane.

J'aurais tant aimé que vous soyez là. mais hélas! En ce jour mémorable, mes pensées vont vers vous.

A mes Frères et Sœurs

Puisse ce travail vous servir d'exemple afin que vous cultiviez en vous, la persévérance, la motivation et la détermination.

A mes Oncles et Tantes

Pascal KOBYAGDA, Thérèse EDJO.

Vos encouragements et vos conseils m'ont permis d'aboutir à ce résultat.

A mes Cousins

Georges, Frédo, Hamidou, Alice, Dramane, Fati.

Merci pour le soutien moral et matériel.

A Noëlle

Merci pour l'affection et le soutien dont j'ai toujours fait l'objet de ta part.
Fasse que nous soyons unis davantage.

REMERCIEMENTS

Au Service du projet Allemand GTZ

Vous avez contribué financièrement et matériellement à la réalisation de ce travail.

Tout en souhaitant un renforcement de la Coopération Germano-Burkinabè, nous vous renouvelons nos sincères remerciements.

A Madame Ramata KOUTOU

Vous avez eu l'idée de nous orienter vers ce domaine de recherche. Merci infiniment pour vos conseils et votre soutien.

Au personnel du CMA de Diébougou et des CSPS de Nicéo, Bapla, Dolo et Bamako,

Merci pour votre hospitalité et votre franche collaboration pendant la durée de notre enquête.

A Messieurs Dieudonné KABORE et Karim TRAORE

Notre amitié dure depuis le collège. Vous avez contribué moralement et financièrement à la réalisation de ce document. Dieu fasse que cette amitié qui nous lie se renforce davantage. Soyez-en sincèrement remerciés.

A Monsieur Yacouba TOURE

Vous avez toujours répondu favorablement à nos différentes sollicitations. Grand merci pour le soutien financier et tous les services rendus.

A Tous ceux qui ont contribué à ce fastidieux travail de Saisie et de confection de ce document :

Mr Da SILVEIRA Jean (Imprimerie AICD), **Mr Séraphin KIEMA**, **Mme Jocelyne SAWADOGO**, **Mr Dramane YAMEOGO**. Sincères remerciements.

A mes amis Adama ZIGANI, Boroma SANOU, Boukary et Seydou OUE-DRAOGO, Issaka et Hamadou BONKOUNGOU, Pépin ZABRE.

Pour que notre amitié dure encore plus.

A tous mes **promotionnaires de faculté**, du courage et beaucoup de réussite dans vos travaux.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX	PAGES
Tableau I : Répartition des villages par département du district sanitaire de Diébougou	8
Tableau II : Répartition des CSPS par département et village et leur distance par rapport à Diébougou	9
Tableau III : Populations des départements et communes du District sanitaire de Diébougou	12
Tableau IV : Répartition du personnel dans les formations sanitaires publiques du district de Diébougou	23
Tableau V : Ratios par catégorie de personnel du district sanitaire de Diébougou et de ceux préconisés par l'OMS	24
Tableau VI : Classification des difficultés rencontrées par le personnel des CSPS lors des références	28
Tableau VII : Responsabilité des membres du comité de gestion dans la gestion financière du CMA et de son dépôt MEG.	30
Tableau VIII : Répartition du nombre de lits dans les différents services de l'hôpital de Diébougou	33
Tableau IX : Nombre minimum d'agents prévu (dans chaque catégorie) pour un hôpital de district	36

	PAGES
Tableau X : Répartition par poste de travail du personnel médical et paramédical	37
Tableau XI : Nombre de consultations et charges hebdomadaires de travail des agents responsables	41
Tableau XII : Nombre d'hospitalisations et de décès enregistrés par le CMA en 1987	42
Tableau XIII : Répartition selon nombre des différents types d'examens de laboratoire	44

LISTE DES FIGURES

PAGES

Figure n° 1 : Répartition de la population autour de l'hôpital de district	20
Figure n° 2 : Répartition de la population autour des CSPS	22
Figure n° 3 : Organigramme du district sanitaire de Diébougou	25
Figure n° 4 : Réponses des agents des CSPS sur la participation de l'équipe cadre et de soutien dans leur formation et leur supervision	27
Figure n° 5 : Organisation opérationnelle du CMA de Diébougou	32

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

SSP :	Soins de santé primaires
CSPS :	Centre de santé et de promotion sociale
CMA :	Centre médical avec antenne chirurgicale
CHR :	Centre hospitalier régional
CHN :	Centre hospitalier national
CSS :	Conseil Supérieur de la Santé
FONALEP :	Fonds national de lutte contre les épidémies
SP :	Secrétariat principal
CT :	Conseiller (s) technique (s)
IGESS :	Inspection générale des établissements et services de santé
DAAF :	Direction des affaires administratives et financières
DEP :	Direction des études et de la planification
DGSP :	Direction générale de la santé publique
DFP :	Direction de la formation professionnelle
DEM :	Direction de l'équipement et de la maintenance
DSPH :	Direction des services pharmaceutiques
DMP :	Direction de la médecine préventive
DSF :	Direction de la santé de la famille
DMH :	Direction de la médecine hospitalière
MEG :	Médicaments essentiels génériques.
IDE :	Infirmier diplômé d'Etat
IB :	Infirmier breveté
AIS :	Agent itinérant de santé
AA :	Accoucheuse auxiliaire
SFE :	Sage femme d'Etat
PEV :	Programme élargi de vaccination
CREN :	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
OMS :	Organisation mondiale de la santé
SMI/PF/NUT:	Santé maternelle et infantile/Planification familiale/nutrition
GEU :	Grossesse extra-utérine
DIU :	Dispositif intra-utérin
VIH :	Virus d'Immuno Déficience Humaine
ECBU :	Examen Cyto Bactériologique des Urines

La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

PAGES

I . INTRODUCTION ET ÉNONCÉ DU PROBLÈME.....	1
II. REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
III. OBJECTIFS.....	6
3.1. Objectifs général	6
3.2. Objectifs spécifiques	6
IV. GÉNÉRALITÉS	7
4.1. Présentation du district sanitaire de Diébougou	7
4.1.1. Situation géographique	7
4.1.2. Découpage administratif	7
4.1.3. Le climat	9
4.1.4. Le relief	9
4.1.5. Les sols et la végétation	10
4.1.6. L'hydrographie	10
4.1.7. Les ressources minières	10
4.1.8. Données sur les secteurs de production économique	10
4.1.8.1. L'agriculture	10
4.1.8.2. L'élevage	10
4.1.8.3. La pêche	11
4.1.9. Données socio-culturelles	11
4.1.9.1. L'éducation	11
4.1.9.2. Caractéristiques culturelles	11
4.1.10. Données démographiques	12
V. METHODOLOGIE	13
5.1. Le choix de la zone d'étude	13

5.2. La collecte des données	13
5.2.1. Des entretiens à l'aide de grilles d'interview	13
5.2.2. Une exploitation des données documentaires	14
5.2.3. Une observation non participante du déroulement des activités du CMA.	14
5.3. L'échantillon	14
5.4. L'analyse des données	15
VI. RÉSULTATS	16
6.1. Caractéristiques des populations étudiées	16
6.1.1. Le sexe des enquêtés	16
6.1.2. La qualification	17
6.1.3 . L'âge	17
6.1.4. La durée du séjour dans la formation sanitaire	17
6.2. La couverture sanitaire du district	17
6.2.1. Les formations sanitaires	17
6.2.1.1. Les ratios en formations sanitaires	18
6.2.1.2. L'accessibilité géographique des populations par rapport aux formations sanitaires	19
6.2.2. Le personnel du district sanitaire de Diébougou	23
6.2.2.1. Les ratios en personnel de santé	23
6.3. La fonction de gestion administrative du district sanitaire de Diébougou	24
6.3.1. L'autorité formelle et fonctionnelle de l'équipe cadre de district.	24
6.3.1.1. L'appui de l'équipe de soutien à l'équipe cadre de district.....	26
6.3.2. La formation et la supervision du personnel des CSPS	26
6.3.3. La référence et la contre-référence des patients.	28
6.3.3.1. la gestion financière du district sanitaire	29
6.3.4. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux du district	30
6.3.5. La participation communautaire dans la gestion du district.....	31

6.4. La fonction de gestion technique du CMA	31
6.4.1. Les services opérationnels et d'appui du CMA	31
6.4.1.1. Le service de garde et des urgences	33
6.4.1.2. Les services d'hospitalisation	33
6.4.1.3. Les services de soins préventifs	34
6.4.1.4. Le service de consultation et de soins externes	35
6.4.1.5. Le bloc opératoire	35
6.4.1.6. Le laboratoire	35
6.4.1.7. Le dépôt pharmaceutique	35
6.4.1.8. Le Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle	35
6.4.2. Les ressources humaines du CMA	36
6.4.2.1. Répartition par poste de travail du personnel médical et paramédical du CMA de Diébougou	37
6.4.3. Organisation des soins de santé dans le CMA	37
6.4.3.1. Les soins préventifs	37
6.4.3.2. Les soins externes	38
6.4.3.3. Les Hospitalisations	39
6.4.3.4. Les activités de laboratoire	39
6.5. La fonction de gestion financière du CMA	39
6.5.1. Les ressources financières du CMA	39
6.5.1.1. Les ressources locales	40
6.5.1.2. Les ressources extérieures	40
6.6. Les performances réalisées par le CMA au cours de l'année 1996	40
6.6.1. Les prestations sanitaires	40
6.6.1.1. Les consultations externes	40
6.6.1.2. Le nombre total de contacts	42
6.6.1.3. Les hospitalisations	42
6.6.1.4. Les accouchements	43
6.6.1.5. La durée de séjour des malades	43
6.6.1.6. L'indice d'occupation moyenne de lit du CMA	43
6.6.1.7. Les interventions chirurgicales	43
6.6.1.8. Les examens de laboratoire	43
6.6.1.9. Le taux de mortalité	44
6.6.2. Les performances financières du CMA durant l'année 1996	44

	PAGES
6.6.2.1 Au niveau du CMA proprement dit	44
6.6.2.2. Au niveau du dépôt MEG du CMA.	45
VII. COMMENTAIRES	46
7.1. Les limites de notre étude	46
7.2. La couverture sanitaire du district	46
7.2.1. La population du district sanitaire de Diébougou.	46
7.2.2. L'accessibilité géographique des populations par rapport aux formations sanitaires.	47
7.2.3. La disponibilité en personnel de santé	48
7.2.4. Les unités de soins et d'appui	49
7.3. La gestion administrative de l'équipe cadre du district	50
7.3.1. La formation et la supervision des agents des CSPPS	50
7.3.2. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et le soutien logistique aux CSPPS	51
7.3.3. Le système de référence et de contre-référence	51
7.3.4. La gestion financière du CMA	52
7.3.4.1. Le rôle de l'équipe cadre de district	52
7.3.4.2. La participation communautaire	52
7.3.4.3. Les ressources financières du CMA	53
7.4. La fonction technique du CMA	54
7.5. Les performances sanitaires du CMA	55
7.5.1. Le nombre de nouveaux contacts	55
7.5.2. La charge de travail des agents au niveau des consultations	55
7.5.3. Les hospitalisations	56
7.5.4. Les interventions chirurgicales	57
7.5.5. Les examens de laboratoire	57
7.5.6. Le taux de mortalité	58
VIII. CONCLUSION	59
IX. RECOMMANDATIONS	61
X. BIBLIOGRAPHIE	63
XI. ANNEXES	67

**INTRODUCTION ET
ENONCE DU PROBLEME**

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

La situation sanitaire des populations du tiers monde reste caractérisée par des taux élevés de mortalité : 16.05 pour mille pour la mortalité générale, 517 pour 100 000 naissances vivantes pour ce qui est de la mortalité maternelle, et 110 pour mille pour ce qui concerne la mortalité infantile (15).

Au Burkina Faso, ces taux sont encore plus élevés, respectivement : 18,2 pour mille, 565 pour 100 000 naissances vivantes, et 134 pour mille (15).

Cette situation a amené les autorités de ce pays à opter en 1979 pour la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme moyen privilégié d'assurer à l'ensemble des populations une vie sociale et économique productive d'ici l'an 2000 (19).

Afin de concrétiser cette option, le gouvernement burkinabè a adopté une programmation sanitaire nationale de type pyramidal. La réalisation de cette programmation a été effective avec la mise en oeuvre de programmes couvrant les différents domaines des soins de santé primaires (22). Mais la politique des soins de santé primaires telle qu'appliquée n'avait pas atteint les objectifs escomptés. Dans le souci de renforcer ces SSP, le gouvernement burkinabè a adopté en 1988 la stratégie "Initiative de Bamako", avec pour objectif social, l'accessibilité universelle aux soins de santé primaires (1). En outre, la programmation sanitaire a été réorganisée avec une nouvelle structuration du système de santé national en quatre niveaux (confère annexe n° 1).

De la base au sommet nous avons:

- Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS),
- Le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA),
- Le Centre Hospitalier Régional (CHR),
- Le Centre Hospitalier National (CHN).

Les Centres hospitaliers nationaux (au nombre de deux) constituent les derniers recours du système de santé. Ils disposent de plusieurs unités spécialisées, d'un personnel de santé plus qualifié et d'infrastructures sophistiquées. Il reçoivent les cas de pathologies compliquées.

Le CHR est l'échelon de référence du CMA, et aussi le troisième niveau de contact du système national de santé.

Il assure la prise en charge des pathologies ne pouvant être traitées dans le CMA.

Situé le plus souvent dans un chef-lieu de province, il peut desservir également des groupements de province. Le CHR évacue les patients vers les deux structures sanitaires de référence du pays que sont le Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou et le Centre Hospitalier National Souro SANOU de Bobo-Dioulasso.

Le CMA ou hôpital de district constitue l'échelon de référence du CSPS.

Il assure en plus du paquet minimum d'activités réalisé par le CSPS, la prise en charge des affections telles que :

- l'hypertension artérielle
- l'insuffisance cardiaque
- l'épilepsie
- les intoxications
- les urgences chirurgicales : appendicites, grossesses extra-utérines, occlusions intestinales, hernies étranglées, césariennes, fractures simples.

Il est habilité à référer les cas graves vers le Centre Hospitalier Régional de recours ou vers le Centre hospitalier National selon le cas.

Le CSPS constitue le premier niveau de contact des patients avec le système de santé. Il couvre en moyenne 10 000 habitants, dans un rayon moyen de 10 km. Le CSPS organise en impliquant la communauté un ensemble d'activités curatives, préventives et promotionnelles, répondant aux besoins de santé et à la demande de celle-ci.

Ces activités comprennent au minimum :

- le diagnostic et le traitement des affections courantes.
- **les consultations prénatales, post-natales et le suivi des enfants**
- les accouchements
- les vaccinations
- la planification familiale.

Il organise également des activités de soutien et de gestion et assure la référence des patients vers le CMA, l'échelon de référence.

A partir de 1992, de nouvelles orientations en matière de politique sanitaire ont été adoptées, notamment la décision d'impliquer la population dans la gestion des formations sanitaires, leur cofinancement par les utilisateurs, la redéfinition d'une politique nationale de médicaments essentiels et surtout le découpage du territoire national en cinquante trois districts sanitaires (13).

Le district sanitaire est la plus petite communauté urbaine et rurale pour laquelle des programmes de soins de santé peuvent être organisés (25). C'est une zone administrative clairement définie avec une population et une administration locales (18). Dans le système de santé burkinabè, il comprend 2 niveaux de soins de santé:

- le CSPS étant le premier niveau
- le CMA ou Hôpital de District constituant le deuxième niveau.

Le CMA ou hôpital de district constitue l'échelon de référence du district sanitaire et de ce fait des normes minimales ont été définies tant sur le plan du personnel, des prestations de soins que des structures sanitaires pour son meilleur fonctionnement. Ainsi, il doit disposer de services techniques (Médecine, Chirurgie,...) de services de soutien (Laboratoire, Radiologie...) et de services d'administration et de direction.

Notons que la dernière organisation sanitaire en 11 régions n'a pas modifié la place et le rôle du district sanitaire. Le District sanitaire de Diébougou est l'un des 4 districts de la région sanitaire de Gaoua.

1. Mais au delà de ces normes, quel est l'état de fonctionnement actuel de cette structure, de son équipe cadre, de son comité de gestion ?
2. Y a-t-il une implication de la population dans la gestion financière de l'hôpital de district de Diébougou ?
3. Quelles sont les performances réelles du CMA au niveau du district sanitaire ?

Afin de mieux connaître cette structure sanitaire, nous avons mené cette étude sur le CMA de Diébougou dans la province de la Bougouriba.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Après la conférence d'Alma-Ata, les soins de santé primaires ont été réexaminés. Chaque pays recherchait un cadre susceptible à l'échelon local, de faciliter la mise en œuvre de l'objectif santé pour tous en l'an 2000 (14).

Pour GNESSIEN, les pays africains ont dû rechercher d'autres stratégies en prenant en 1987 à Bamako, l'initiative de revitaliser une stratégie de soins de santé primaires afin de répondre convenablement aux besoins de la population (4).

L'OMS et la Banque Mondiale en 1987 (et en 1990) consacraient des études et des publications sur l'hôpital de district (16) (17) (28). Des ateliers ont été organisés par l'UNICEF (en 1992 à New York) et par la GTZ (en 1992 à Yaoundé) pour étudier sa place dans le développement sanitaire.

TARIMO en 1991 préconisait une réorganisation des soins de santé primaires basée sur les systèmes de santé de district. Il affirmait que le district sanitaire constitue pour la plupart des Etats membres de l'OMS l'unité la plus comode où professionnels de la santé, auxiliaires médicaux, travailleurs d'autres secteurs et membres de la collectivité peuvent, grâce à une planification et à une gestion satisfaisantes, prendre collectivement en charge la santé de la communauté (26).

VAN LERBERGHE et Collaborateurs dans une étude sur la performance des hôpitaux de premier recours, estimaient en 1992 que l'hôpital de district est désormais un élément essentiel dans tout système convenable de soins santé primaires (29). Ils font remarquer que vers la fin des années 80 déjà, des Institutions Internationales s'intéressaient à son financement (9) (10) (27).

En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé, par la voie de son ex-Directeur Régional pour l'Afrique MONEKESSO, soutenait que le district est plus apte à fournir les soins de santé et à assurer en même temps la contribution de la santé au développement, ainsi que celle des autres secteurs au développement sanitaire. Selon elle, le district est suffisamment petit pour que ses problèmes et contraintes soient rapidement identifiés, mais assez grand pour disposer d'un personnel qualifié (6).

Au Burkina Faso, SAWADOGO relevait que les districts sanitaires sont nés de réflexions menées au Ministère de la Santé entre 1988 et 1993 en rapport avec les orientations d'institutions internationales comme l'OMS et la Banque Mondiale. En 1993, étaient adoptés l'arrêté n° 93/146/SASF/SG portant organisation, attribution et fonctionnement des districts sanitaires et la carte sanitaire du pays en 53 districts sanitaires (24).

En 1988, s'est tenu un séminaire conjoint Gouvernement/OMS/UNICEF sur le scénario de développement sanitaire, l'initiative de Bamako et le rôle du district sanitaire. Le district (zone de santé) a été retenu comme entité sanitaire d'appui opérationnel au Centre de Santé et de Promotion Sociale, notamment en gestion, en supervision et en formation. Le CMA ou hôpital de district a été défini comme échelon de référence de cette entité sanitaire (4).

OBJECTIFS

III. OBJECTIFS

3. 1 Objectif général

Analyser l'expérience de la mise en œuvre du district sanitaire de Diébougou.

3.2. Objectifs spécifiques

3.2.1. Etudier la couverture sanitaire du district de Diébougou.

3.2.2. Décrire les fonctions de gestion administrative, technique et financière du district sanitaire de Diébougou.

3.2.3. Etudier les performances réalisées par l'hôpital de District de Diébougou au cours de l'année précédant l'enquête.

GENERALITES

IV. GÉNÉRALITÉS

4.1 Présentation du District Sanitaire de Diébougou

4.1. 1 Situation géographique

Situé dans la partie Sud-Ouest du Burkina Faso, entre le 11,5° de latitude Nord et les 3° et 4° de longitude Ouest, le district sanitaire de Diébougou correspond à la province de la Bougouriba, du point de vue des limites administratives et géographiques (11).

Cette province est limitée:

- au Sud par la province du Poni.
- au Nord par la province du Tuy.
- à l'Ouest par celles de la Comoé et du Houet.
- à l'Est par la province du Ioba.

Elle tient son nom du fleuve BOUGOURIBA qui la traverse. Son chef-lieu Diébougou est à 315 km de Ouagadougou.

4.1. 2 Découpage administratif

La province de la Bougouriba (ou le district sanitaire de Diébougou) compte cinq départements à savoir: Diébougou, Tiankoura, Dolo, Bondigui et Iolonioro. Les 3 premiers sont fonctionnels, les 2 derniers ne disposent pas pour le moment de préfecture.

Avec une superficie de 3726 km², la province compte 128 villages dont la répartition par département se présente comme suit:

Tableau I : Répartition des villages par département du district sanitaire de Diébougou

Département	Nombre de villages
Diébougou	36
Tiankoura	39
Dolo	10
Bondigui	13
Iolonioro	30
Total	128

En dehors des 4 départements que sont Tiankoura, Dolo, Bondigui, Iolonioro qui disposent tous d'un CSPS, il convient de noter l'existence de quatre autres CSPS dont 3 sont implantés dans des villages (Bapla, Bamako, Nicéo) relevant du département de Diébougou.

Le quatrième CSPS se trouvant à Diassara, village relevant du département d'Iolonioro.

Ainsi, toutes les formations sanitaires du district de Diébougou se retrouvent dans les limites administratives de la province (Tableau II).

Tableau II : Répartition des CSPS par département et village et leur distance par rapport à Diébougou

Département	Village	Nombre de CSPS	Distance par rapport à Diébougou
Diébougou	- Bapla	1	10 km
	- Bamako	1	10 km
	- Nicéo	1	22 km
Iononioro		1	84 km
	- Diassara	1	42 km
Tiankoura		1	25 km
Dolo		1	30 km
Bondigui		1	30 km

4.1 3. Le climat

La province de la Bougouriba connaît un climat de type soudanais caractérisé par deux saisons principales:

- une longue saison sèche de 9 mois, caractérisée par une période de transition (octobre), une période fraîche (novembre - février) et une période chaude (mars - juin).
- une courte saison de pluies (juin - septembre) caractérisée par des précipitations relativement abondantes (700 à 800 mm d'eau par an).

4. 1. 4. Le relief

Le relief de la Bougouriba présente deux caractéristiques essentielles;

- il est particulièrement accidenté dans le département de Diébougou, avec des chaînes de collines aux bas-fonds alluvionnés très fertiles.

- le reste de la province est généralement plat. La moyenne d'altitude est de 300 mètres.

4.1.5. Les sols et la végétation

La nature et la diversité des sols, la relative abondance de la pluviométrie ont favorisé le développement d'une végétation riche en essences. Les principales formations que l'on rencontre dans la province sont la forêt claire, la savane boisée et des galeries forestières le long des cours d'eau (6).

4. 1. 6. Hydrographie

Le réseau hydrographique de la province est constitué de cours d'eau temporaires dont le plus important est la Bougouriba. Ces cours d'eau constituent un véritable collecteur qui draine l'eau vers les provinces limitrophes.

4. 1. 7. Ressources minières

Aucune prospection n'a révélé jusque-là l'existence de ressources minières.

4.1.8. Données sur les secteurs de production économique

4.1.8.1. L'agriculture

L'activité agricole est centrée sur la production de céréales: sorgho, mil, maïs.

On peut ajouter les cultures intermédiaires (riz, arachides, ignames, niébé) et de rente (coton, sésame, soja).

4. 1. 8.2. L'élevage

La province de la Bougouriba est un carrefour d'échange et de transit de bétail du Nord vers le Sud. On note une certaine diversité des espèces dans la zone: bovins, ovins, caprins, porcins, âsins et volaille.

4. 1.8.3. La pêche

Elle se déroule principalement sous deux formes:

- la pêche occasionnelle.
- la pêche professionnelle: organisée à travers un groupement villageois de pêcheurs basés à Diébougou.

Les autres secteurs comme l'artisanat, le commerce et le tourisme restent peu développés et leurs activités sont exercées par des personnes non encore organisées.

4.1.9. Données socio-culturelles

4.1.9.1. L'éducation

L'examen du développement de l'enseignement dans la Bougouriba montre que cette province est encore sous-scolarisée. Ainsi, en 1992, le taux de scolarisation au niveau du primaire était estimé à 24 % dont 30 % pour les garçons et 14 % pour les filles. Il faut noter cependant que ce taux varie selon les départements.

4.1.9.2. Caractéristiques culturelles

a) Les ethnies

Les ethnies majoritaires dans la zone sont: les Birifors, les Dagaras, les Dagar-Dioulas, les Lobis, les Djans, les Pougoulis et les Mossis.

Les dialectes les plus couramment utilisés sont: le dioula et le dagara.

b) Les religions

Les religions pratiquées sont: l'animisme, le catholicisme, l'islam, le protestantisme.

Le système d'héritage est de type matrilocal (20).

4.1.10. Données démographiques

Le district sanitaire de Diébougou comptait en 1996 une population résidente totale de 76.741 habitants dont 36.897 hommes et 39.844 femmes, soit un taux de 48.08 % pour les hommes et 51,92 % pour les femmes (10). Quant au nombre total de ménages, il était de 12.493 (Tableau III) : le taux de croissance relevé au niveau du district est de 1,8 % environ et la densité, 35 habitants au km² (7).

**Tableau III : Populations des départements et communes
du district sanitaire de Diébougou**

DÉPARTEMENTS ET COMMUNES	POPULATION RÉSIDENTE			
	Nombre de ménages	Hommes	Femmes	Total
Diébougou / Commune	1 862	5 944	5 893	11 837
Diébougou / Département	3 912	11 286	12 686	23 972
Dolo	3 413	10 063	10 221	20 284
Iolonioro	1 282	3 807	4 459	8 266
Tiankoura	2 024	5 797	6 585	12 382
Total district Diébougou	12 493	36 897	39 844	76 741

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

5. 1 - Le choix de la zone d'étude

Il a été guidé par des raisons opérationnelles : le district sanitaire de Diébougou est l'une des zones d'intervention du projet Allemand, la GTZ. Il a constitué l'un des districts pilotes pour la mise en œuvre de "l'Initiative de Bamako" dans la région sanitaire de Gaoua.

Son choix nous a été suggéré par les responsables nationaux du projet.

5.2. La collecte des données

Elle a été réalisée dans le CMA et dans 4 CSPS du district sanitaire : elle a duré du 1er Avril au 30 Avril 1997. Trois techniques de collecte ont été utilisées:

5.2.1. Des entretiens à l'aide de grilles d'interview

Trois grilles d'interview ont été élaborées :

- La première a été adressée aux membres de l'équipe cadre de district. Elle a eu pour but de recenser le personnel de santé du district de Diébougou, les infrastructures sanitaires existantes, de connaître l'organisation administrative et technique de ce district et du CMA en particulier. Elle a également permis de connaître les activités se déroulant au sein du district, celles menées par l'équipe cadre (supervision, formation continue, gestion du personnel).

- La deuxième a été adressée aux membres du comité de gestion de l'hôpital de district. Elle a permis une meilleure connaissance de la gestion de cet hôpital, de son dépôt MEG et le degré de sa participation à cette gestion.

- La troisième a été adressée aux agents de santé des CSPS. Elle a eu pour but de décrire les activités de référence et de contre-référence des patients, menées au niveau de ces CSPS. Enfin, elle a permis de connaître les éventuelles

difficultés qui entravent leur déroulement, et enfin l'appréciation que ces agents ont de la supervision et de la formation continue dont ils bénéficient.

Les interviewés ont été interrogés à tour de rôle, selon la disponibilité de chacun et les grilles ont été remplies sur place par nous-mêmes.

5.2.2. Une exploitation des données documentaires

Elle a consisté en un premier temps à recueillir des informations sur les données administratives des villages et départements situés dans l'aire des formations sanitaires étudiées.

Ensuite, à l'aide d'un plan de collecte, nous avons relevé les activités et les performances réalisées par le CMA de Diébougou au cours de l'année 1996 (du 1er janvier au 31 décembre 1996). Nous nous sommes intéressés aux registres de consultation, d'hospitalisation et aux rapports périodiques des différents services et postes de travail du CMA : services de médecine, de chirurgie, bloc opératoire, maternité, laboratoire, dépôt M.E.G.

5.2.3. Une observation non participante du déroulement des activités du CMA

Elle a eu pour but de vérifier que les activités enregistrées sur les différents registres et rapports sont effectivement réalisées au sein du CMA.

Elle a permis ainsi une description objective des tâches quotidiennes menées au sein des différents services du CMA de Diébougou.

5.3 L'échantillon

Nous nous sommes entretenus avec tous les membres de l'équipe cadre du district (4 membres) et tous les membres du comité de gestion du CMA (3 membres), soit au total 7 membres.

Nous avons tiré au sort 4 CSPS sur les 8 que compte le district (pour des raisons pratiques et financières) :

Les deux premiers se trouvent dans un rayon de moins de 10 km du CMA de Diébougou, le troisième dans un rayon de 10 à 20 km et le quatrième dans un rayon de 20 à 30 km. Nous avons interrogé tous les agents de santé de ces CSPS, au nombre de 7, sur les interrelations entre leur CSPA et l'hôpital du district sanitaire. Les garçons de salle, les filles de salle, les manoeuvres ont été exclus de cet entretien.

5.4. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur avec les logiciels : **WORD 5.1, X-PRESS.**

RESULTATS

VI. LES RÉSULTATS

6.1. Caractéristiques des populations étudiées

Le comité de gestion du CMA de Diébougou, mis en place 1994 comptait 13 membres. Au moment de notre étude, 10 membres avaient démissionné parce qu'ils estimaient insuffisantes les primes d'encouragement qui leur étaient proposées.

Les 3 membres restants étaient constitués:

- du coordonnateur du comité (l'actuel médecin-chef du district)
- de la trésorière du comité (l'actuelle trésorière du CMA)
- du secrétaire général (le gérant du dépôt répartiteur du district).

Quant à l'équipe cadre du district, elle compte normalement 7 membres, mais nous n'avons pu interroger que 4 d'entre eux à savoir :

- le médecin-chef de district
- le médecin-chef adjoint
- le responsable à la surveillance épidémiologique des maladies
- le responsable à la promotion de la famille et des individus.

Les 3 autres membres ont été affectés hors du district.

Les agents de santé des CSPS comprenaient :

- 4 infirmiers brevetés
- 1 accoucheuse auxiliaire
- 1 matrone
- 1 agent itinérant de santé

6.1.1. Le sexe des enquêtés

Notre échantillon était constitué de 3 personnes de sexe féminin contre 11 de sexe masculin.

6.1.2. La qualification

L'échantillon comprenait :

- 2 médecins,
- 2 infirmiers diplômés d'Etat
- 4 infirmiers brevetés
- 1 agent itinérant de santé
- 1 accoucheuse auxiliaire
- 1 matrone
- 2 gérants de dépôt pharmaceutique
- et 1 trésorière

6.1.3. L'âge

Dans l'échantillon, 10 personnes avaient entre 25 et 34 ans et seulement 2 pour la tranche d'âge de 35 à 44 ans. De même 2 personnes avaient entre 45 et 54 ans.

6.1.4. La durée de séjour dans la formation sanitaire

Quatre des personnes interrogées avaient moins d'un an dans leur formation sanitaire, tandis que 4 autres avaient une durée de séjour comprise entre 1 et 3 ans. Enfin, les 6 autres étaient dans leur formation sanitaire depuis plus de 6 ans.

6.2. La couverture sanitaire du district

6.2.1. Les formations sanitaires

Après le récent regroupement des districts sanitaires du pays en directions régionales, le district de Diébougou est désormais avec ceux de Dano, de Gaoua, de Batté, sous la tutelle de la **Direction Régionale de la Santé du Poni**, basée à Gaoua.

Comme l'indique la carte n° 2 (annexe 2), le district sanitaire de Diébougou compte en tout 10 formations sanitaires (publiques et privées) réparties comme suit :

- un centre médical doté d'une antenne chirurgicale (CMA) à Diébougou.
- huit centres de santé et de promotion sociale (CSPS) répartis dans les départements et villages suivants: Bondigui, Dolo, Tiankoura, Iolonioro, Bamako, Bapla, Nicéo et Diassara.
- un cabinet de soins privé à Diébougou.

Chaque CSPS dispose en son sein d'un dépôt de vente de médicaments essentiels génériques (MEG).

Le CMA de Diébougou, en plus de son dépôt MEG, abrite le dépôt répartiteur du district dont le rôle est l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques des CSPS de ce district.

Il existe également dans la même ville de Diébougou une officine et deux dépôts pharmaceutiques privés.

6.2.1.1. Les ratios en formations sanitaires

Le district sanitaire de Diébougou dispose seulement d'un hôpital pour une population totale d'environ 76 741 habitants.

Quant aux CSPS, le ratio est d'un CSPS pour 9592 habitants.

6.2.1.2. L'accessibilité géographique des populations par rapport aux formations sanitaires du district

a) La distance moyenne des CSPS au CMA de Diébougou

Elle était de 36.1 km.

Le CSPS le plus proche du CMA était celui de Bapla (ou de Bamako), situé à 10 km, tandis que le plus éloigné était celui de Diassara (82 km de Diébougou).

b) Répartition de la population autour de l'hôpital de district de Diébougou

De façon globale, la répartition de la population autour de l'hôpital de district était la suivante : la majeure partie de celle-ci, (81%) était distante de l'hôpital de plus de 9 km (10km et plus) tandis que seulement 17 % et 2 % résidaient respectivement dans des rayons de 0 à 4 km et de 5 à 9 km (Figure n° 1).

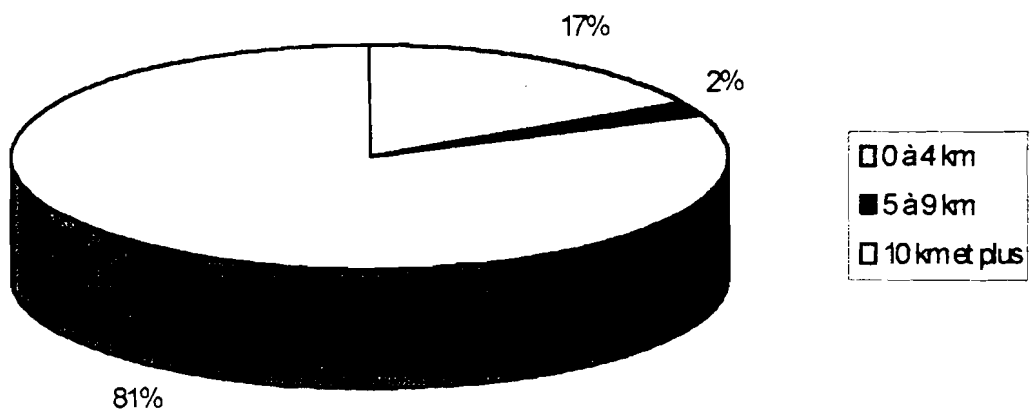


Figure n° 1 : Répartition de la population autour de l'hôpital de district de Diébougou.

c) La distance moyenne des villages aux CSPS.

Elle était de 14.2 km.

d) Repartition de la population autour des CSPS

Il ressort que 40 % de la population résidaient dans un rayon de 0 à 4 km, 29 % dans le rayon de 5 à 9 km. Enfin 31 % de cette population étaient à plus de 9 km des structures de premier contact (Figure n° 2).

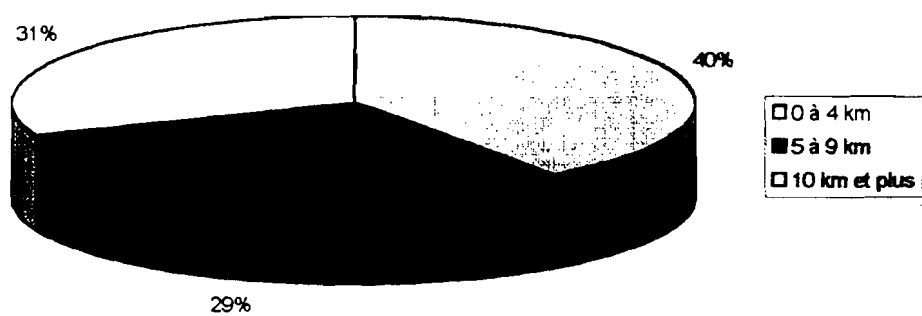


Figure n° 2 : Répartition de la population autour des CSPS.

6.2.2. Le personnel du district sanitaire de Diébougou

En 1997, le district sanitaire de Diébougou comptait 57 agents (toutes catégories confondues), répartis dans le CMA et les 8 CSPS du district (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition du personnel dans les formations sanitaires publiques du district de Diébougou

Qualification \ Formations sanitaires	CMA Diébougou	CSPS Bondigui	CSPS Bapla	CSPS Bamako	CSPS Dolo	CSPS Diassara	CSPS Iolonitro	CSPS Tiankour	CSPS Nicéo	Total
Médecin	2									2
Attaché de santé.	5									5
Technicien de santé.	2									2
Technicien de laboratoire.	1									1
IDE	7						1	1		9
SFE ou Maïeuticien	1									1
IB	4	1	1	1	1				1	9
AIS	2	1		1		1		1		6
AA	2				1					3
Matrone	2		1					1		4
Garçon de salle.	1						1			2
Fille de salle.	1									1
Manoeuvre.	4				1			1		6
Chauffeur.	2									2
Gardien.	2									2
Mécanicien	1									1
Agent de liaison	1									1
Total	40	2	2	2	3	1	2	4	1	57

6.2.2.1. Les ratios en personnel de santé

Le tableau V donne les ratios par catégorie de personnel du district sanitaire de Diébougou, comparés à ceux préconisés par l'OMS.

Nous notons une très faible disponibilité en personnel de santé dans le district sanitaire de Diébougou (1 médecin pour 38 370 habitants) et une grande disparité dans la répartition interne de ce personnel de santé : 40 agents sur 57, soit 70.1 % du personnel, exercent dans le seul hôpital.

Tableau V : Ratios par catégorie de personnel du district sanitaire de Diébougou et de ceux préconisés par l'OMS

Catégorie de personnel	Nombre	Ratio district de Diébougou	Ratio OMS
Médecin	2	1/38 370	1/10 000
Infirmier (Diplômé et breveté)	18	1/4263	1/5000
Sage-femme d'Etat	1	1/76741	1/5000
Agent itinérant de santé	6	1/12790	1/1000
Accoucheuse auxiliaire	3	1/25 580	1/1000
Matrone	4	1/19 185	1/1000

6.3. La fonction de gestion administrative du district sanitaire de Diébougou

La fonction de gestion administrative du district sanitaire de Diébougou était assurée par son équipe cadre.

L'autorité de cette équipe cadre s'exprimait du point de vue opérationnelle par la participation du CMA dans les activités de formation et de supervision des personnels du district sanitaire, dans la gestion des finances du district sanitaire et dans l'approvisionnement de tout le district en médicaments essentiels génériques et en fournitures logistiques.

6.3.1. L'autorité formelle et fonctionnelle de l'équipe cadre de district

Le médecin-chef du CMA est à la fois le directeur de ce CMA et le chef du district sanitaire. Son autorité s'étend à l'ensemble des CSPS publics et privés du district.

Cette autorité est formalisée dans l'organigramme de la figure n° 3.

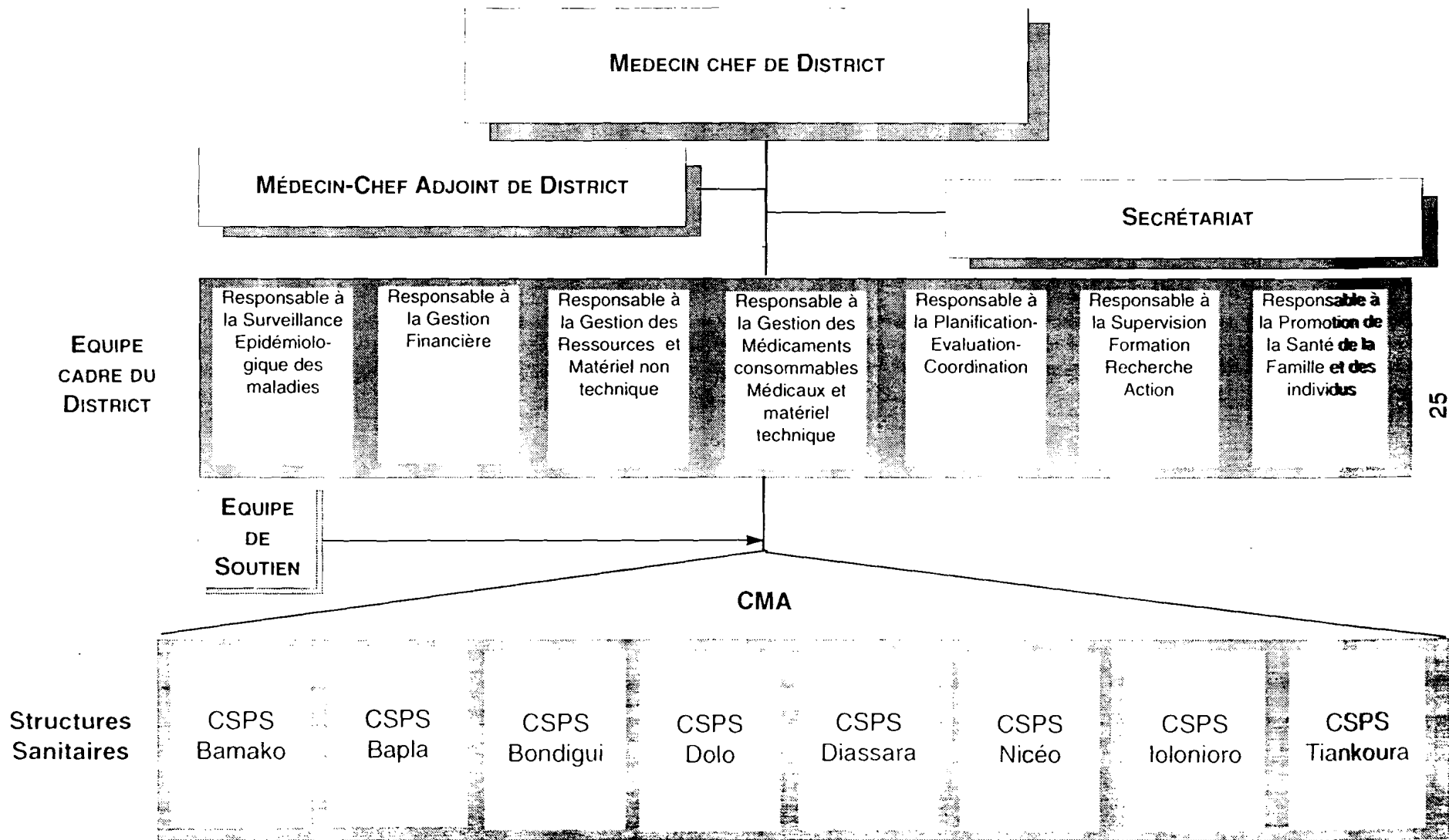


Figure n° 3 : ORGANIGRAMME DU DISTRICT SANITAIRE DE DIEBOUGOU

6.3.1.1. L'appui de l'équipe de soutien à l'équipe cadre de district

L'équipe cadre du district étant incomplète quantitativement, elle était secondée dans ses activités par 5 autres agents de santé.

Ces 5 agents de santé, constitués d'un attaché de santé, de 2 techniciens de santé, d'un infirmier diplômé d'Etat et d'un infirmier breveté formaient l'équipe dite de "soutien". Ils appuyaient l'équipe cadre de district dans certaines activités telles que la formation et la supervision du personnel des CSPS.

Ils étaient généralement appelés responsables de supervision parce qu'ils avaient reçu une formation de superviseurs dans des domaines tels que : la SMI/Nutrition/PF, le PEV...

6.3.2. La formation et la supervision du personnel des CSPS

Durant l'année 1996, l'hôpital du district de Diébougou a assuré 4 supervisions et 2 formations des prestataires dans chaque CSPS.

Tous les personnels du district sanitaire de Diébougou, notamment ceux des CSPS, ont bénéficié de séances de formations et de supervisions. Ces formations ont été organisées sous forme de stages, de séminaires ou d'ateliers. Les thèmes de supervision ont porté essentiellement sur la SMI/ nutrition/PF/, l'éducation pour la santé, le PEV. Pour toutes ces activités, le district sanitaire de Diébougou a bénéficié d'un soutien financier et logistique du projet de développement allemand, la GTZ.

Nous avons vérifié l'effectivité de ces activités en interrogeant les agents des CSPS.

Tous les 7 agents interrogés ont affirmé que l'hôpital était impliqué dans leur formation et supervision.

Deux agents ont été supervisés par un seul médecin, cinq autres par 2 superviseurs non médecins.

Les réponses de ces agents sont résumées dans la figure n° 4

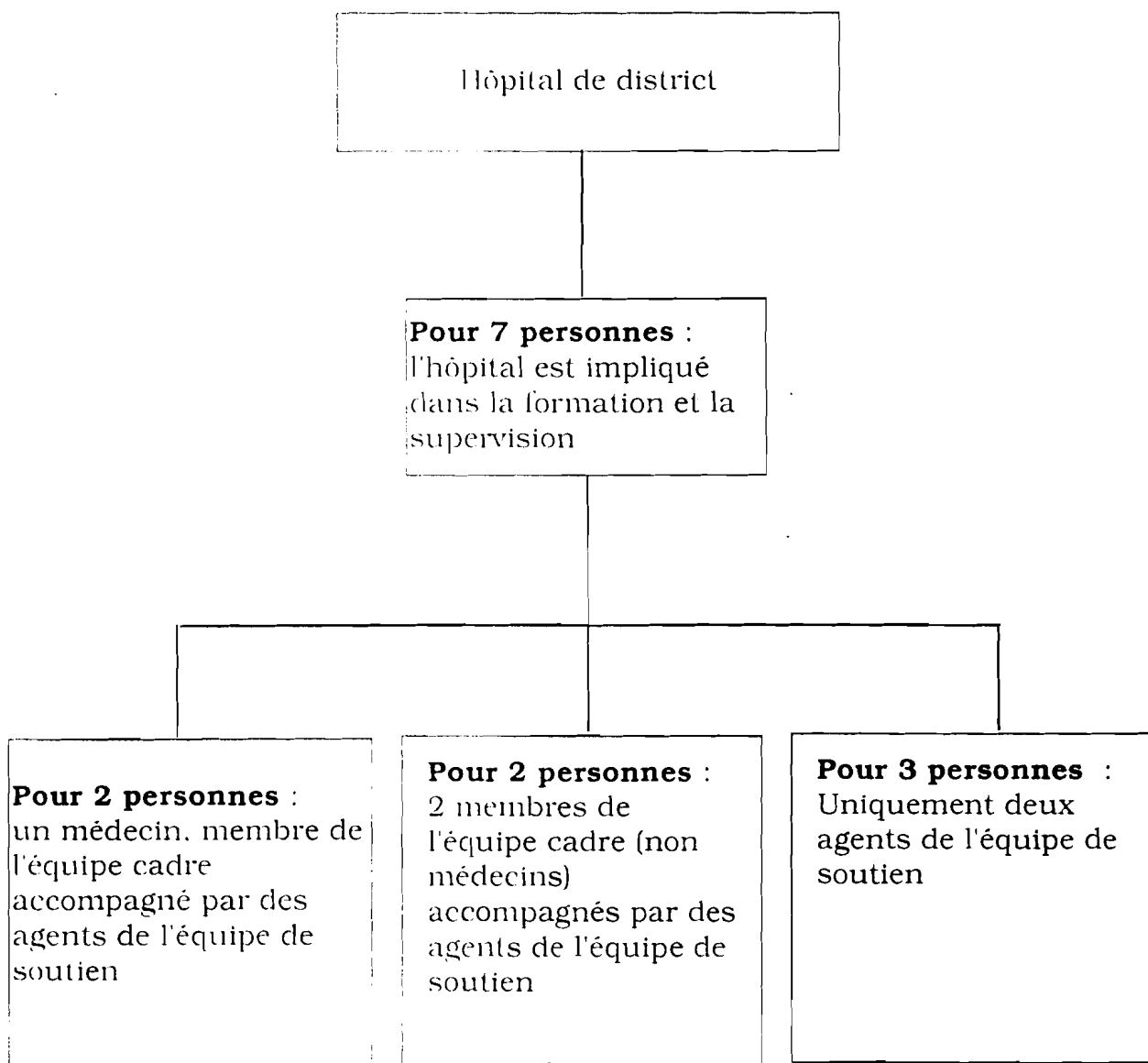


Figure n° 4 : Réponses des agents des CSPS sur la participation de l'équipe cadre et de soutien dans leur formation et leur supervision

Quatre agents sur 7, avaient trouvé que la participation de l'équipe cadre dans les activités de formation et de supervision était quantitativement insuffisante.

Malgré cette insuffisance, les agents ont bien apprécié la qualité de l'encadrement : pour 6 agents, les formations et les supervisions ont amélioré leurs connaissances et leur pratique quotidienne de soins ; un seul agent les a qualifiées d'inutiles.

6.3.3. La référence et la contre référence des patients

Tous les CSPS du district réfèrent leurs patients au CMA de Diébougou. Le CMA dispose d'une ambulance pour l'évacuation des patients. Les malades supportaient les frais de carburant en cas de référence.

Des difficultés de divers ordres ont été évoquées par le personnel des CSPS, en ce qui concerne la référence des patients vers le CMA de Diébougou.

Ces difficultés sont classées par ordre d'importance dans le tableau VI

Au CMA, il n'existait pas de support approprié (fiche de suivi) pour la contre-référence des malades.

Tableau VI : Classification des difficultés rencontrées par le personnel des CSPS lors des références

Difficultés énumérées	Nombre de répondants
- Manque de moyens financiers	7
- Difficultés à trouver un autre moyen de transport si l'ambulance est non disponible	3
- Recours des patients à la tradithérapie plutôt qu'à l'évacuation	3
- Difficultés diagnostiques devant certaines pathologies	2
- Manque de collaboration entre le personnel des CSPS et celui du CMA	1

6.3.3.1. La gestion financière du district sanitaire

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, le financement de la santé par les utilisateurs et le recouvrement (partiel) des coûts des services de santé, ont amené chaque formation sanitaire du district de Diébougou à se doter d'un comité de gestion pour participer à la gestion de ses activités aux côtés de l'équipe de santé.

Le Comité de gestion du CMA n'était pas fonctionnel; la plupart de ses membres avaient démissionné.

L'implication de l'équipe cadre dans la gestion financière du district de Diébougou s'est limitée essentiellement au niveau de l'hôpital de Diébougou. Cette implication a été effective au niveau de :

a) L'élaboration du budget du CMA

Tous les membres de l'équipe cadre de district, la trésorière du CMA et quelques membres de l'équipe de soutien ont participé effectivement à l'élaboration du budget du CMA.

b) L'élaboration du budget du dépôt MEG du CMA

Le budget du dépôt MEG du CMA a été élaboré par les membres de l'équipe cadre et les gérants du dépôt MEG du CMA et du dépôt répartiteur du district.

c) Des dépenses au niveau du CMA et de son dépôt MEG

Le médecin-chef de district et le major du CMA ont été les principaux décideurs des dépenses du CMA et de son dépôt MEG (Tableau VII).

Tableau VII : Responsabilité des membres du comité de gestion dans la gestion financière du CMA et du dépôt MEG

Questions posées aux membres du comité de gestion	Réponses des membres	
	Le médecin-chef de district	Le major du CMA
1. Ordonnateur des dépenses au niveau du CMA ?	3	0
2. Ordonnateur des dépenses au niveau du dépôt MEG ?	2	1
3. Superviseur des dépenses au niveau du CMA ?	1	2
4. Superviseur des dépenses au niveau du dépôt MEG ?	1	2

Pour les 3 membres du comité de gestion du CMA, les recettes financières servaient :

- à couvrir les dépenses de fonctionnement du CMA
- à payer les 2 agents contractuels du CMA
- à payer des ristournes au personnel du CMA.

Au niveau du dépôt MEG du CMA, elles étaient utilisées pour :

- réapprovisionner le dépôt en médicaments essentiels génériques
- assurer les dépenses de fonctionnement du dépôt
- payer le gérant.

6.3.4. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux du district

Mensuellement, les membres de l'équipe cadre et le gérant du dépôt répartiteur faisaient ensemble l'inventaire du dépôt.

En fonction des besoins, ils effectuaient les commandes en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux auprès de la CAMEG (Centrale régionale de Bobo).

Le dépôt répartiteur du district se chargeait à son tour d'approvisionner le dépôt du CMA et ceux de tous les 8 CSPPS du district.

6.3.5. La participation communautaire dans la gestion du district

Cette participation était effective au niveau des CSPS, notamment à travers les comités de gestion de leurs dépôts MEG ; elle était inexistante au niveau du CMA : le comité de gestion de celui-ci étant réduit à 3 membres après la démission des autres.

6.4. La fonction de gestion technique du CMA

6.4. 1. Les services opérationnels et d'appui du CMA

Outre les services administratifs, le CMA de Diébougou comprend des unités opérationnelles et d'appui réparties dans 8 principaux pavillons (Figure n° 5).

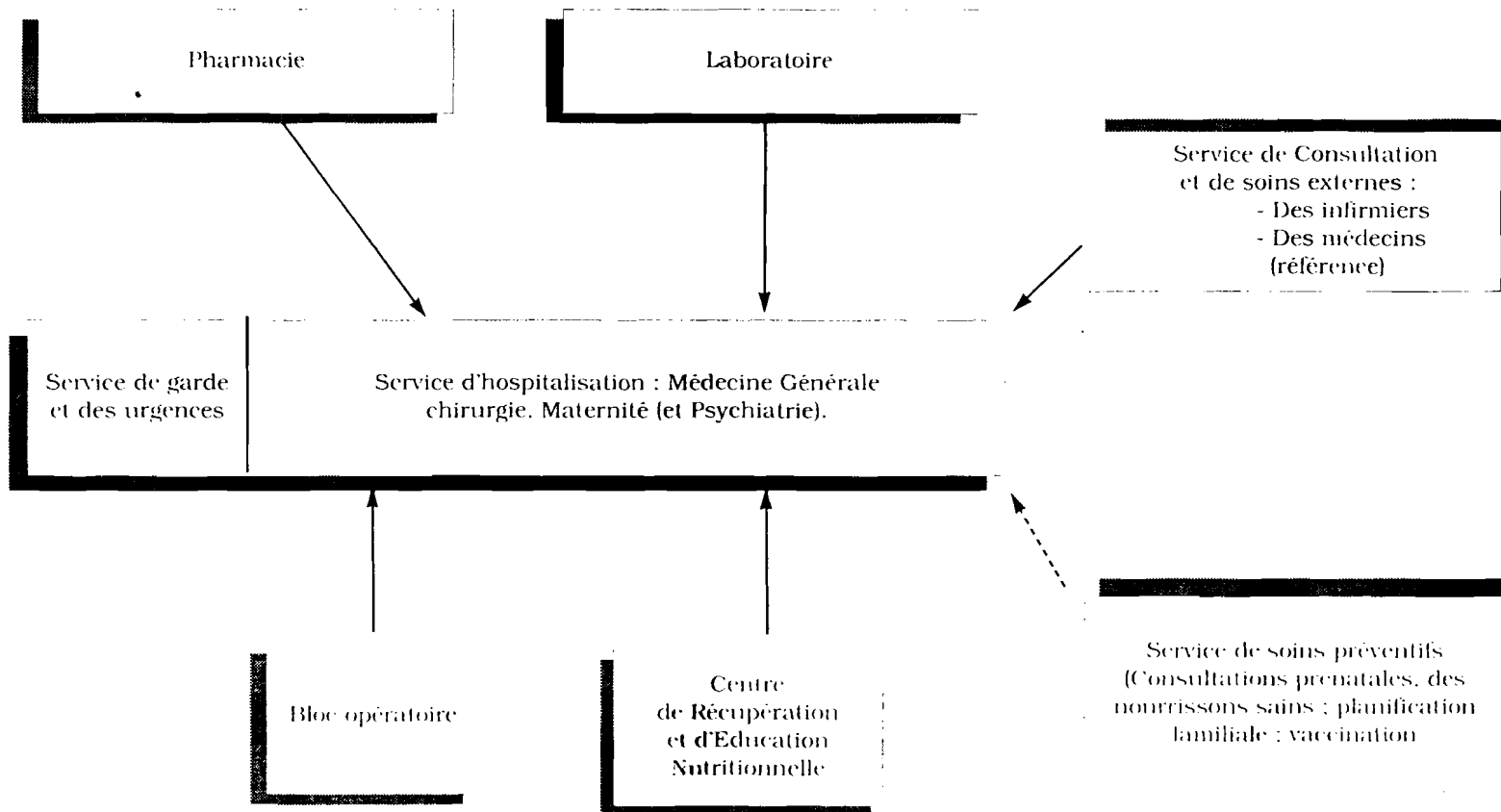


Figure n° 5 : ORGANISATION OPERATIONNELLE DU CMA DE DIEBOUGOU

6.4.1.1. Le service de garde et des urgences

Il disposait :

- d'une salle de pansement (des malades externes surtout);
- d'une salle de garde.

Les malades admis dans ce service recevaient si possible les premiers soins d'urgence, y subissaient un tri au terme duquel ils pouvaient être orientés vers les services d'hospitalisations soit de médecine, soit de chirurgie (ou rarement vers la maternité).

6.4.1.2. Les services d'hospitalisation

L'hôpital de Diébougou avait une capacité d'accueil de 57 lits, soit un ratio de 1 lit pour 1346 habitants. Ces lits étaient répartis dans 3 principaux services regroupés dans le même bâtiment (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition du nombre de lits dans les différents services de l'hôpital de Diébougou

Services d'hospitalisation	Nombre de lits
Médecine	20
Chirurgie	18
Maternité	19
Total	57

a) Le service d'hospitalisation de chirurgie

Il comprenait outre la salle de soins, 3 salles d'hospitalisation dont 2 salles réservées aux patients de sexe masculin et une aux patients de sexe féminin.

Ce service recevait tous les cas chirurgicaux, opérés ou non, y compris ceux de gynéco-obstétrique.

b) Le service d'hospitalisation de médecine générale :

Il disposait de 5 salles d'hospitalisation, dont une utilisée comme unité de soins psychiatriques (USP).

Les 4 salles restantes étaient réservées aux patients présentant une pathologie médicale. Une de ces 4 salles était destinée aux enfants de 0 à 14 ans.

c) Le service d'hospitalisation en maternité

Ce service comprenait :

- une salle de consultation prénatale;
- une salle d'accouchement;
- une salle de soins;
- une salle de garde;
- une salle d'attente;
- une grande salle d'hospitalisation pour les accouchées récentes;
- une salle de suites de couche.

Le service de maternité communiquait avec le bloc opératoire par une galerie couverte, tout le long des services de consultation générale, d'hospitalisation, de médecine et de chirurgie.

En dehors de celles réservées au personnel, chaque service d'hospitalisation disposait de toilettes pour les malades et leurs accompagnants ainsi que de cuisines.

6.4.1.3. Les services de soins préventifs

Les soins préventifs concernaient les consultations prénatales, celles des nourrissons sains, la planification familiale et la vaccination. Les trois premières activités étaient menées dans des services situés dans le même bâtiment que le service d'hospitalisation de maternité.

La vaccination était menée au niveau du service P.E.V., situé dans le même bâtiment que le magasin du CMA.

6.4.1.4. Le service de consultation et de soins externes

Il disposait :

- d'une salle de consultation générale par laquelle transitait la majorité des patients présentant une pathologie médicale ou chirurgicale
- d'une salle de consultation des élèves
- d'une salle de kinésithérapie
- d'une salle d'attente
- de 2 salles de consultation (de médecins). Ce service recevait des malades à titre externe.

6.4.1.5. Le bloc opératoire

Il comprenait une salle réservée aux grandes interventions chirurgicales que sont : les appendicectomies, les césariennes, les cures de hernie, d'hydrocèle, les interventions pour grossesses extra-utérines.

Une deuxième salle était réservée aux petites interventions : ablation de kyste, de lipome, incision d'abcès, de panaris, suture de lésions, curetage, traction, réduction de fracture fermée.

6.4.1.6. Le laboratoire

Il disposait d'une salle d'examen et d'un magasin. On y effectuait des examens d'ordre chimique, bactériologique, parasitologique et sérologique.

6.4.1.7. Le dépôt pharmaceutique

Il était regroupé dans le même bâtiment que le dépôt répartiteur du district et comprenait une salle de vente et un magasin.

6.4.1.8. Le centre de récupération et d'éducation nutritionnelle

Il était fermé au moment de notre étude, faute de vivres surtout.

Tous ces services, à l'exception de celui de consultation externe des médecins étaient dirigés par des responsables de service: infirmier diplômé

d'Etat, attaché de santé, technicien de santé, sage femme d'Etat pour ce qui est de la maternité. Ces responsables de service étaient coiffés par le major du CMA, eux tous étant sous la tutelle du médecin-chef du CMA et de celui du district.

6.4.2. Les ressources humaines du CMA de Diébougou

Des normes de planification nationale définissent le nombre minimum et la catégorie de personnel que doit avoir un hôpital de district. Le tableau IX nous donne le nombre d'agents prévu (dans chaque catégorie) pour un hôpital de district.

L'hôpital de Diébougou disposait du personnel minimum prévu par les normes de planification nationale. Cependant, il faut noter l'absence d'infirmier spécialiste en odontologie, de technicien de radiologie et d'un deuxième anesthésiste pour cet hôpital.

Tableau IX : Nombre minimum d'agents prévu (dans chaque catégorie) pour un hôpital de district

Catégorie de personnel	Nombre d'agents prévu	Nombre disponible
Médecin	2	2
Aide-opérateur	2	2
Anesthésiste	2	1
Laborantin	1	1
IDE	1	7
SFE/Maïeuticien	1	1
IB	4	4
AA	1	2
Fille ou garçon de salle	1	2
Infirmier spécialiste en odontologie	1	0
Manœuvre	2	4
Gardien	1	2
Chauffeur	1	2
Cuisinier	1	0
Blanchisseur	1	0
Aide-comptable	1	0
Autres agents	0	10
Total	23	40

Au niveau du personnel paramédical, nous remarquons un écart significatif entre le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat (sept), d'infirmiers brevetés (quatre) et de sage-femmes d'Etat (un). Cet écart est encore plus perceptible au niveau des ratio infirmier/médecin (9/1), sage femme ou maïeuticien/médecin (0/1) et agent de soutien/Infirmier (1/3).

6.4.2.1. Répartition par poste de travail du personnel médical et paramédical du CMA de Diébougou

Le personnel médical et paramédical du CMA (au nombre de 24) est réparti dans 10 principaux postes de travail (tableau X).

Tableau X : Répartition par poste de travail du personnel médical et paramédical

Poste de travail	Effectif et catégorie de personnel
Service de garde et des urgences	3 infirmiers diplômés d'Etat 2 infirmiers brevetés
Consultations de médecins	2 médecins
Consultations de nourrissons sains	2 matrones
Consultations prénatales	2 accoucheuses auxiliaires
Hospitalisation en médecine générale	1 infirmier diplômé d'Etat 2 infirmiers brevetés
Hospitalisation en chirurgie	2 infirmiers diplômés d'Etat
Hospitalisation en maternité	1 sage-femme d'Etat (associée aux 2 accoucheuses auxiliaires)
Laboratoire	1 technicien de laboratoire 1 agent itinérant de santé
Service P.E.V.	1 infirmier diplômé d'Etat 1 agent itinérant de santé
Bloc opératoire	2 aide-opérateurs 1 anesthésiste (associé à un médecin formé à la chirurgie d'urgence)

Le service de garde et des urgences disposait du plus grand nombre d'agents (5 au total). Certains infirmiers diplômés d'Etat étaient commis à plusieurs tâches.

6.4.3. Organisation des soins de santé dans le CMA de Diébougou

6.4.3.1. Les soins préventifs

Le CMA de Diébougou disposait d'un paquet d'activités préventives typiques d'un CSPS :

a) Les consultations prénatales :

Ces activités étaient réalisées par 2 accoucheuses auxiliaires 2 fois dans la semaine (Mardi et Vendredi).

Au cours de la même occasion, la vaccination était prévue pour les patientes qui n'étaient pas à jour. En plus de ces consultations, les accoucheuses effectuaient également les accouchements.

b) Les consultations des nourrissons sains :

Ces consultations étaient réalisées par 2 matrones et avaient également lieu 2 fois par semaine (Lundi et Jeudi). A l'issue de celles-ci, une éducation nutritionnelle sous forme de causerie était dispensée aux mères si le temps le permettait.

c) La vaccination

Elle était exécutée concomitamment avec certaines activités telles que les consultations prénatales et celles des nourrissons sains. L'essentiel du travail était effectué par l'équipe mobile.

d) La planification familiale

Dans ce volet, le CMA de Diébougou bénéficiait d'un soutien financier et matériel du projet GTZ. Cette activité était menée chaque après-midi de Lundi. Les moyens contraceptifs le plus souvent proposés aux consultantes étaient :

- les spermicides
- les pilules
- les dispositifs intra-utérins (DIU)
- les injections

e) L'éducation pour la santé

Elle était exécutée de façon occasionnelle au niveau du CMA. Elle avait lieu notamment à l'issue de l'une ou l'autre des activités préventives, lorsque le temps le permettait.

6.4.3.2. Les soins externes

a) Menés quotidiennement dans le service de maternité, les accouchements étaient réalisés par une sage-femme secondée par 2 accoucheuses.

b) Les consultations générales ou d'infirmiers avaient également lieu tous les jours. Cinq infirmiers assuraient à tour de rôle une garde de 24 heures au niveau de ce service de consultations générales.

Elles concernaient surtout les patients venant dans des situations d'urgence.

c) Les consultations de médecins se faisaient tous les Mardis et Jeudis. Selon un calendrier établi, chaque médecin consultait ses malades une fois dans la semaine. Le plus souvent, il s'agissait de malades référés soit par le service de consultations d'infirmiers, soit par les CSPS du district. En 1996, 70,4 % des consultants du CMA venaient d'un rayon de 4 km.

d) Les petites interventions chirurgicales (incision d'abcès, suture, pansement) constituaient des activités quotidiennes du CMA.

Les grandes interventions chirurgicales, en dehors des urgences comme les appendicites, les grossesses extra-utérines, étaient réalisées selon un programme opératoire.

6.4.3.3. Les hospitalisations

Ce qui distingue l'hôpital de Diébougou des CSPS du district, c'est sa possibilité d'hospitaliser des patients pour leur dispenser des soins infirmiers et médicaux non réalisables en ambulatoire. Les malades hospitalisés étaient visités 2 fois par semaine, par le personnel médical et paramédical.

6.4.3.4. Les activités de laboratoire

La plupart des examens était réalisée selon un calendrier préétabli, du fait de la limitation des capacités du laboratoire.

Les examens réalisés étaient :

- des examens de sang : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, glycémie capillaire, recherche de microfilaire, goutte épaisse, test d'Emmel, groupage sanguin, sérologie VIH et syphilitique ;

- des examens de selles (selles KOP) ;

- des examens d'urine : ECBU, recherche d'albumine et de sucre, de sels et pigments biliaires, test immunologique de grossesse.

- Il y a aussi l'examen direct du liquide céphalo-rachidien, le frottis vaginal, la recherche de BAAR.

6.5. La Fonction de gestion financière du CMA

Au niveau du CMA de Diébougou, l'équipe cadre de district s'occupait non seulement de son organisation administrative et technique, mais également de sa gestion financière. Dans le cadre de l'initiative de Bamako, des fonds étaient générés principalement à partir de la vente des médicaments essentiels génériques et de la tarification des actes médicaux.

6.5.1. Les ressources financières du CMA

Elles se composaient de ressources locales et de ressources extérieures.

6.5.1.1. Les ressources locales

Elles provenaient :

- de la vente des médicaments essentiels génériques
- de la vente des carnets
- de la tarification des actes médicaux :

- * accouchements
- * consultations
- * hospitalisations
- * interventions chirurgicales
- * examens de laboratoires
- * établissement de certificats médicaux

L'annexe 8 présente le détail des tarifs de ces actes.

Les collectivités locales (communes, départements, province) intervenaient pour des interventions aux montants variables, dans le financement des formations sanitaires du district.

6.5.1.2. Les ressources extérieures

La GTZ était le principal bailleur de fond extérieur pour le CMA de Diébougou, notamment dans le domaine de la planification familiale, des activités de supervision et de formation du personnel, du programme élargi de vaccination (PEV).

La KFW intervenait également pour l'approvisionnement des structures sanitaires en premiers stocks de médicaments essentiels génériques.

L'ordonnateur des dépenses du CMA était le médecin-chef de district, chef de l'équipe cadre.

6.6. Les performances réalisées par le CMA au cours de l'année 1996

6.6.1. Les prestations sanitaires

Les performances ont été évaluées en termes de nombre de consultations, d'hospitalisations, d'accouchements et de durée de séjour des malades. Nous avons également évalué l'indice d'occupation moyenne de lits (O_m) du CMA, le nombre d'interventions chirurgicales, d'examens de laboratoire et le taux de mortalité au niveau des services d'hospitalisation.

6.6.1.1. Les consultations externes

Les consultations curatives (d'infirmiers et de médecins) et les consultations préventives (celles des nourrissons sains et celles prénatales) ont été analysées.

Le nombre total de consultations curatives était de 6084.

Parmi ces consultations, celles d'infirmiers étaient au nombre de 5052 soit une charge hebdomadaire de 97 consultations pour ces agents de santé.

Si l'on tient compte que ces consultations étaient réalisées par 5 infirmiers à tour de rôle, cela donnait une charge hebdomadaire de travail de 19 patients par infirmier.

Le nombre de consultations de médecins était de 1032, soit une charge de travail hebdomadaire de 9 consultants par médecin.

Ces consultations de médecins ont représenté 20.4 % de celles d'infirmiers.

Le nombre total de consultations préventives a été de 5066, dont 2267 consultations prénatales et 2799 consultations de nourrissons sains (Tableau XI).

Les charges de travail hebdomadaires ont été de 21 femmes par accoucheuse auxiliaire et de 26 enfants par matrone.

Tableau XI : Nombre de consultations et charges hebdomadaires de travail des agents responsables

Type de consultations		Nombre de consultants en 1996	Nombre hebdomadaire de consultants	Nombres d'agents responsables	Charge hebdomadaire de travail par agent (en nombre de patients)
Consultations curatives	Consultations d'infirmiers	5052	97	5 (1 infirmier responsable par jour)	19
	Consultations de médecins	1032	19	2	9
Consultations préventives	Consultations prénatales	2267	43	2	21
	Consultations de nourrissons sains	2799	53	2	26

6.6.1.2. Le nombre total de contacts

En considérant la population résidant à l'intérieur de 10 km du CMA (14.580 habitants), on obtient les résultats suivants :

a) En consultations curatives

Le CMA a reçu en 1996, 5413 nouveaux cas, soit 18 nouveaux cas par jour, soit 0.37 nouveau cas par habitant et par an.

Le nombre total de consultations curatives était de 6084, soit 16 consultations par jour et 0.41 contact par habitant et par an.

b) En consultations préventives

Le nombre de femmes enceintes vivant à l'intérieur de 10 km du CMA était estimé à 714. Six cent quarante sept (647) femmes enceintes nouvellement inscrites ont été reçues en consultation prénatale, ce qui donnait un taux de couverture prénatale de 90,5 %.

Trois cent cinquante (350) femmes sur 647, soit 54 % ont été vues au premier trimestre de grossesse.

Le nombre de nourrissons sains de moins d'un an nouvellement inscrits était de 612 : quatre cent neuf d'entre eux ont été reçus en consultation soit un taux de 66,7 %.

Enfin, 623 nourrissons de 0 à 4 ans ont été reçus en consultation, sur une population totale de 2084 soit un taux de couverture de 29,8 %.

6.6.1.3. Les hospitalisations

Le tableau XII donne le nombre d'hospitalisations et de décès enregistrés par le CMA de Diébougou en 1996.

Tableau n° XII : Nombre d'hospitalisations et de décès enregistrés par le CMA en 1996

Services d'hospitalisation	Nombre d'hospitalisations	Pourcentage	Nombre de décès	Taux de mortalité
Maternité	424	(46.3 %)	8	18,9 o/oo
Médecine	383	(41.8 %)	27	70,5 o/oo
Chirurgie	108	(11.9 %)	1	9,3 o/oo
Total	915	(100 %)	36	39,3 o/oo

Au total, 915 hospitalisations ont été réalisées par l'ensemble des trois services.

Les services de Maternité et de Médecine ont enregistré les plus grands nombres d'admissions avec respectivement 46.3 % et 41.8 % des hospitalisations.

Le CMA a enregistré une moyenne de 2.5 hospitalisations par jour et 16.05 hospitalisations, par lit. Si l'on suppose que chaque personne hospitalisée a été vue par un médecin, cela faisait 1.2 admissions par médecin et par jour.

6.6.1.4. Les accouchements

Il y a eu au cours de l'année 1996, 406 accouchements dans le service de maternité. Si l'on tient compte que ces accouchements, étaient réalisés par une sage-femme et deux accoucheuses auxiliaires, cela signifiait en terme de travail 0.36 accouchement par agent et par jour.

Le nombre d'admissions par jour et par sage-femme a été de 1,1.

6.6.1.5. La durée de séjour des malades

Le nombre de journées d'hospitalisation a été de 5331.

Avec un nombre total d'hospitalisations de 915, on a obtenu une durée moyenne de séjour des patients qui était de 5 jours, avec des extrêmes allant de 4 jours (pour le service de médecine) à 13 jours (pour le service de chirurgie).

6.6.1.6. L'indice d'occupation moyenne de lit du CMA

Nous avons calculé l'indice d'occupation moyenne de lit (O_m) à partir des résultats d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits était de 25,6 %.

6.6.1.7. Les interventions chirurgicales

Le personnel du bloc opératoire a réalisé 97 interventions chirurgicales en 9 mois soit 2.5 interventions par semaine. Ces interventions ont consisté en :

- 51 cures de hernie
- 17 cures d'hydrocèle
- 12 Césariennes
- 03 appendicectomies
- 14 autres interventions portant sur des kystes d'ovaires, des grossesses extra-utérines et des fractures fermées.

6.6.1.8. Les examens de laboratoire

Mille neuf cent soixante dix (1970) examens de laboratoire ont été réalisés. Cela donnait une charge de 18 examens par agent et par semaine. Le Tableau XIII donne des détails sur le nombre et les types d'examens effectués.

Tableau XIII : Répartition selon le nombre des différents types d'examens de laboratoire

Type d'examen	Nombre effectué	Pourcentage
1 Selles KOP	883	44,8 %
2 Sérologie Syphilitique	48	17,6 %
3 ECBU	317	16,1 %
4 Numération Formule Sanguine	99	5 %
5 Recherche de BK	85	4,3 %
6 Goutte épaisse	77	3,9 %
Sérologie VIH	67	3,4 %
8 Recherche de SNIP	46	2,3 %
9 Glycémie	30	1,5 %
10 Test d'Emmel	9	0,4 %
11 Examen de LCR	8	0,4 %
12 Prélèvement vaginal	1	0,3 %
Total	1970	100 %

6.6.1.9. Le taux de mortalité

Le nombre total de décès enregistrés dans le CMA a été de 36 au cours de l'année 1996, soit un taux de mortalité hospitalière de 39,3 o/oo .

Les taux de mortalité étaient particulièrement plus bas au niveau des services de chirurgie (9.3 o/oo), de maternité (18.9 o/oo), que de médecine (70,5 o/oo) (Tableau XII).

6.6.2. Les performances financières du CMA de Diébougou durant l'année 1996

6.6.2.1. Au niveau du CMA proprement dit

Le système de gestion et de tarification des coûts des soins de santé, mis en place par l'équipe de direction du CMA de Diébougou a permis la réalisation de 5 291 600 F de recettes au cours de l'année 96. La tarification des interventions chirurgicales a occupé la plus grosse part (30,2 %) de ces recettes, suivie de celle des kits d'accouchements (11,8 %).

Les dépenses dans le même temps se chiffraient à 5 167 374 avec une grande part pour le carburant et les lubrifiants (16,5 %), les médicaments et consommables médicaux (14,2 %) et enfin les salaires et les indemnités (13,1 %).

Le CMA a présenté au 31 Décembre 96 une solde de 389032 F (annexe n° 7).

6.6.2.2. Au niveau du dépôt MEG du CMA

Les recettes étaient encore plus importantes au niveau du dépôt MEG : 14 479 750 F, les mois de Mai et de Juin ayant connu les plus importantes ventes, avec respectivement des recettes de 1 142 065 F et 1 178 815 F, correspondant à 7,8 % et 8,9 % de l'ensemble de ces recettes.

Quant aux dépenses, elles se chiffraient à 9 075 474 F, ce qui donnait une solde de 5 404 276 F pour le dépôt MEG au 31 Décembre 96 (annexe n° 7).

COMMENTAIRES

VII. COMMENTAIRES

7.1. Les limites de notre étude

Notre étude comporte des biais :

- Le cadre d'étude (le district sanitaire de Diébougou) n'a pas été choisi par échantillonnage aléatoire.

Il est situé dans la zone d'intervention du projet allemand de développement des services de santé en milieu rural. Les résultats ne peuvent donc être appliqués à l'ensemble des CMA du pays : néanmoins, ils donnent des indications sur la place du CMA dans le système de santé de notre pays, ses performances en fonction de ses ressources.

- Les supports de collecte de certaines données (surtout dans le CMA) étaient quelques fois mal remplis et mal archivés: l'étude documentaire a pu présenter certaines insuffisances.

- Notre étude ne s'est pas intéressée aux utilisateurs de l'hôpital du district de Diébougou si bien que nous n'avons pas pu recueillir leurs appréciations sur les prestations de soins et le mode de gestion de cet hôpital.

- La quasi inexistence d'un comité de gestion du CMA (du fait de la démission d'une dizaine de ses membres), le nombre réduit des membres de l'équipe cadre de district au moment de notre étude ne nous ont pas permis de mener une étude assez exhaustive sur les activités de gestion de ce CMA.

7.2. Couverture sanitaire du district

7.2.1. La population du district sanitaire de Diébougou

Cette population (76.741 habitants) est peu nombreuse par rapport à celle de la planification du Ministère de la Santé du Burkina Faso (150 000 à 200 000 habitants), du district sanitaire de Rubaga en Ouganda (750.000 habitants) et à celle du district sanitaire d'Attat en Ethiopie (1.400.000 habitants) (28). Cette population peu

nombreuse pourrait favoriser une meilleure couverture sanitaire du district de Diébougou.

La littérature cite une série de normes d'habitants par district: Ainsi FLAHAULT et collaborateurs à Genève définissent le district sanitaire comme avant tout une population bien limitée, allant de 50 000 à plus de 100 000 habitants vivant à l'intérieur d'une zone géographique et administrative clairement délimitée (3). Pour TARIMO la population d'un district oscille entre 50 000 et 300 000 âmes tandis que UNGER et LAMBOARE estiment que le district sanitaire doit couvrir une population d'environ 100 000 à 200 000 habitants (26).

Il a toujours été difficile de trouver un module d'effectif de la population approprié pour la desserte d'un hôpital de district.

Il y a cependant un consensus international que :

- Un groupe de populations relativement restreint (2000 à 3000 personnes) engendre un grand nombre de problèmes de santé courants qui nécessitent des soins de santé primaires.

Un groupe moyen de 200 000 à 500 000 personnes engendre en outre suffisamment de problèmes difficiles plus graves pour justifier la prestation de soins de santé standards ou spécialisés d'un hôpital de district (30).

7.2.2. L'accessibilité géographique des populations par rapport aux formations sanitaires

Du point de vue géographique, les populations sont plus proches des CSPS que de l'hôpital du district. En effet plus de la moitié de ces populations (69 %) résident dans un rayon de moins de 10 km des CSPS (figure n° 2). Par contre par rapport à l'hôpital de district, le plus

grand nombre (81 %) réside à 10 km et au-delà (figure n° 1) .

La distance étant un facteur déterminant de l'utilisation des services de santé, on pourrait penser que les structures de premier contacts que sont les CSPS ne sont pas souvent court-circuités . mais au contraire bien fréquentées. En 1996, SAVADOGO avait relevé que la moitié des consultants (67 %), de 3 CSPS du district sanitaire de Nouna provenaient d'un rayon de 4 km (23). Dans notre étude, nous remarquons qu'en dehors des évacuations et des références, la plupart des consultants du CMA résidait dans l'aire de santé de la commune de Diébougou. En effet, 70,4% des consultants de l'hôpital de Diébougou durant l'année 96 provenaient d'un rayon de 4 km. Cette distinction s'explique par le fait que l'hôpital de district offre également des soins de santé primaires, en l'absence d'un CSPS à Diébougou.

7.2.3. La disponibilité en personnel de santé

Les ratios en personnel de santé (toutes catégories confondues) du district et du CMA en particulier, sont largement en dessous de ceux préconisés par l'OMS : en exemple, on a un médecin pour 38 370 habitants au niveau du district (et du CMA) contre un médecin pour 10 000 habitants préconisé par l'OMS (Tableau V).

Au niveau national, on a un médecin pour 28.673 habitants, un infirmier diplômé d'Etat pour 13.214 habitants.

Non seulement, ce district connaît une faible disponibilité en personnel de santé, mais également une disparité dans la répartition de son personnel : l'hôpital de Diébougou dispose à lui seul de 70,1 % de l'ensemble du personnel du district, les 29,9 % restants étant répartis dans les 8 CSPS. Cette situation n'est pas observée au niveau de notre pays seulement. De nombreuses études montrent que les **ressources en soins de santé sont généralement concentrées dans les hôpitaux urbains et semi-urbains au détriment des zones rurales (2).**

Dans notre étude, seulement 2 CSPS, celui de Tiankoura et celui de Dolo disposent du personnel minimal défini par les normes de planification nationale. Les CSPS de Nicéo et de Diassara ne disposent que d'un agent, respectivement un infirmier breveté et un agent itinérant de santé.

Ce personnel peu nombreux et peu qualifié dans certains CSPS, pourrait inciter les patients à court-circuiter ces centres d'orientation pour rechercher des "soins de qualité" à l'hôpital de district.

L'hôpital de Diébougou dispose en nombre du personnel minimum requis pour un CMA Mais il ne dispose pas encore d'agents dans les spécialités de l'odontologie, de la radiologie, personnels pourtant prévus par le Ministère de la Santé. Il lui manque en outre un deuxième infirmier spécialiste en anesthésie.

7.2.4. Les unités de soins et d'appui

L'hôpital du district de Diébougou ne dispose ni de service de radiologie, ni de service d'odontologie ou encore d'ophtalmologie. L'inexistence d'une véritable banque de sang fait que les principales sources de sang restent la famille ou les parents. Cette situation constitue un handicap sérieux pour des services tels que la chirurgie, la maternité qui connaissent très souvent des situations d'urgence.

Le service de radiologie constitue une unité d'appui très importante et même indispensable dans certaines pathologies chirurgicales. La création d'un tel service dans le CMA serait d'un apport inestimable pour certains diagnostics et contribuerait certainement dans la prise en charge de ces cas de pathologies chirurgicales.

7.3. La gestion administrative de l'équipe cadre de district

La gestion administrative du district et du CMA en particulier est assurée par l'équipe cadre de district (figure n°3).

Cette gestion est axée autour de 3 principaux domaines qui sont : la formation et la supervision des agents des CSPPS, l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques du CMA et des CSPPS, et la gestion financière du CMA.

L'équipe cadre de district associe l'équipe de soutien dans certaines activités de gestion du district : l'appui de cette équipe de soutien à l'équipe cadre se remarquait surtout au niveau de la supervision des agents des CSPPS.

7.3.1. La supervision et la formation des agents des CSPPS

Elles sont faiblement organisées dans les structures sanitaires du district. Seulement 4 supervisions et 2 formations des prestataires ont été réalisées dans chaque CSPPS par l'équipe cadre au cours de l'année 1996.

Ce nombre de supervisions est inférieur à celui préconisé pour chaque CSPPS dans l'année (huit) par la GTZ, le principal bailleur du district. ILBOUDO a par contre rapporté qu'en 1995, le district sanitaire de Nouna, également zone d'intervention de la GTZ a assuré 14 supervisions des prestataires dans chacun de ses 12 CSPPS (5).

Cette faible prestation du district de Diébougou pourrait s'expliquer en partie par la faible participation des membres de l'équipe cadre dans ces activités de supervision. En effet, l'équipe de supervision est très souvent réduite à un faible effectif (3 en moyenne) et les médecins en font rarement partie.

Les multiples occupations des membres de l'équipe cadre et l'affectation de 3 membres de cette équipe hors du district pourraient justifier aussi cette faible participation.

7.3.2. L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et le soutien logistique aux CSPS

L'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et matériel consommable du CMA et des CSPS est en général assez bien coordonné par l'équipe cadre du district.

7.3.3. Le système de référence et de contre-référence

La référence des patients est dans l'ensemble assez bien pratiquée dans les formations sanitaires du district.

Le phénomène de court-circuitage est peu observé, les patients passant généralement d'abord par les centres d'orientation que sont les CSPS.

Cependant de nombreuses difficultés entravent permanemment ces activités de référence notamment le manque de moyens financiers. (cité par tous les 7 agents) de moyen de transport, et l'attachement des patients et des parents à la tradithérapie.

Les structures de référence du CMA (surtout les CHN de Ouaga et de Bobo) sont assez éloignées de Diébougou et l'unique ambulance du district sanitaire ne permet pas souvent de répondre à toutes les demandes d'évacuation.

La disponibilité d'un deuxième véhicule (à utilité polyvalente) pouvant servir de deuxième ambulance contribuerait à résoudre partiellement le problème d'évacuation des malades.

Quant à la rétro-information, elle est inexistente entre l'hôpital de référence et les structures de premier recours. Il serait judicieux d'élaborer des supports de référence (fiches de suivi de malades). Cela permettrait un meilleur suivi des patients référés.

7.3.4. La gestion financière du CMA

7.3.4.1. Le rôle de l'équipe cadre de district

La gestion financière du CMA de Diébougou et de son dépôt pharmaceutique était exclusivement assurée par l'équipe cadre après la démission de son comité de gestion. Le médecin-chef du district est le principal ordonnateur des dépenses à effectuer au sein de l'hôpital de district.

Les inventaires périodiques, les budgets du CMA et de son dépôt MEG sont élaborés annuellement par les membres de l'équipe cadre avec la participation des gérants du dépôt MEG du CMA, du dépôt répartiteur et de quelques membres de l'équipe de soutien.

7.3.4.2. La participation communautaire

Les CSPS du district de Diébougou ont pu mettre en place des comités de gestion impliquant les populations, notamment au niveau de leurs dépôts MEG.

Au niveau du CMA de Diébougou, la population n'était associée ni dans la gestion financière du CMA proprement dit, ni dans celle de son dépôt MEG. La majeure partie des membres du comité de gestion (une dizaine), essentiellement constituée de personnes de la société civile avaient démissionné de ce comité, 12 mois seulement après sa mise en place.

Cette situation n'est pas conforme à l'esprit d'autonomie de

gestion du district dont l'un des éléments constitutifs de base est la participation communautaire. Le comité de gestion doit être l'interlocuteur entre la communauté et le service de santé. Les communautés de base doivent participer au fonctionnement du district à un double plan :

- au plan de la gestion
- au plan financier (24)

Le rôle de la communauté doit être perçu dans un cadre de partenariat librement choisi et volontaire entre elle et les services de santé (13).

La relative haute technicité du CMA par rapport aux CSPS ne favorise pas la participation des populations, complexées au cours des débats. Sans connaître les motifs réels de leur démission, nous pensons que le personnel doit développer des initiatives pour travailler davantage avec les populations que pour elles.

7.3.4.3. Les ressources financières du CMA

Les principales sources de revenus du district en général et du CMA de Diébougou en particulier sont constituées par la tarification des actes médicaux, la vente des médicaments essentiels génériques et les subventions accordées par la GTZ qui reste un des principaux bailleurs de fonds du district.

Le principe du financement de la santé par les utilisateurs et le recouvrement des coûts (dans le cadre de l'initiative de Bamako) doit encourager les responsables du district sanitaire et les populations à inverser la proportion de la subvention de l'Etat au profit des ressources locales.

7.4. La fonction technique du CMA

En règle générale, l'hôpital de district ne fournit que les soins et les techniques qui, pour des raisons économiques, techniques, ne

peuvent ou ne doivent pas être décentralisés davantage (28). Dans la mesure où le premier niveau de contact correspond à la porte d'entrée dans le système, et assume l'entière responsabilité des soins à l'individu, il ne doit théoriquement pas y avoir d'accès direct à l'hôpital.

En l'absence de support d'enregistrement des cas référés, il n'a pas été possible d'analyser le poids de ses référés dans la charge de travail à l'hôpital. L'hôpital du district de Diébougou comme la plupart des hôpitaux, attire alors de nombreux contacts de premier niveau : des infirmiers assurent en effet les consultations, les soins externes et les activités préventives, tout comme dans les CSPS. Il assure également le paquet minimum d'activités requis pour un hôpital de district : consultations de référence, hospitalisations, interventions chirurgicales notamment appendicectomies, cures de hernie, d'hydrocèle, interventions pour grossesses extra-utérines.

Des réponses des responsables des CSPS enquêtés, le nombre de références serait négligeable.

On peut interpréter cela comme un indicateur de l'engagement des équipes hospitalières par rapport aux soins de santé primaires.

Néanmoins on est en droit de se demander s'il s'agit là bien du meilleur appui qu'un hôpital de district puisse donner aux soins de santé primaires.

7.5. Les performances sanitaires

7.5.1. Le nombre de nouveaux contacts

En termes de contact, le CMA a enregistré 0.37 nouveau cas par habitant en 1996. Ce nombre est sous-estimé car nous pensons que des patients ont pu consulter dans cette structure sans être enregistrés.

Mais il dépasse celui noté par VAN LERBERGHE et collaborateurs en 1992. (0.1 contact curatif primaire par habitant) dans une étude sur les performances de 88 hôpitaux de district de l'Afrique Sub-Saharienne (29). Il témoigne d'une assez bonne utilisation des services de soins curatifs du CMA durant l'année 1996. Beaucoup d'auteurs estiment en effet qu'une structure sanitaire rurale connaît une sous-utilisation de ses services lorsqu'elle enregistre moins de 0.2 nouveau cas par habitant et par an.

7.5.2. La charge de travail des agents au niveau des consultations

* La charge de travail au niveau des consultations curatives notamment au niveau de la consultation générale ou d'infirmiers est importante (19 patients par infirmier et par semaine).

Cet important volume de travail s'explique par le fait que ce service de consultations générales constitue l'une des «portes d'entrée» dans le système du CMA. Ceci justifie la grande affluence qu'elle a connu en 1996 (5052 consultations).

Les médecins reçoivent moins de consultants (9 patients par médecin et par séance de consultation). Cette situation s'expliquerait aisément par le fait qu'en dehors des cas référés par les CSPS du district, très peu de consultations d'infirmiers mènent à des consultations de référence.

* Au niveau des consultations préventives, la charge de travail individuelle est aussi importante (21 femmes par accoucheuse et 26 enfants par matrone à chaque séance). **Les prestations au niveau de la couverture prénatale et des nourrissons sains de moins d'un an ont été remarquables (respectivement de 90,5 % et 66,7 %).**

7.5.3. Les hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations était relativement bas : 915 contre 4000 hospitalisations, relevées par VAN LERBERGHE et collaborateurs dans leur étude de 1992. Le nombre d'hospitalisations par jour et celui d'hospitalisations par lit en 1996 respectivement 2.5 et 1.6 sont inférieurs à ceux trouvés par ces mêmes auteurs respectivement 10.8 et 31.6.

Ces chiffres plus élevés pourraient s'expliquer par le fait que la plupart de ces 88 hôpitaux de district (dont la population variait de 70 000 à 300 000 habitants) disposaient d'un plus grand nombre de médecins : en moyenne 5 contre 2 pour le CMA de Diébougou.

Nous pensons que le nombre d'admissions est plus associé au nombre de médecins qu'à la taille de la population.

a) Les accouchements

La charge de travail par agent est très faible (0.36 accouchement par jour) et les équipements obstétricaux semblent sous-utilisés avec 1.1 admissions par jour pour cause d'accouchement et 22.3 hospitalisations par lit de maternité.

VAN LERBERGHE et collaborateurs avaient également remarqué de faibles prestations dans ce domaine : 2,61 admissions par jour pour cause d'accouchement, 40 accouchements par lit de maternité et un accouchement par sage-femme tous les 3 jours.

b) L'indice d'occupation moyenne de lit

Le taux d'occupation des lits était bas, 25,6 %. Il est en-dessous des 80 % recommandés, SANOU dans une étude en 1990 sur les difficultés quotidiennes du CHN de Ouaga avait trouvé un taux de 80.6 % (22). Cela signifie que les capacités du CMA de Diébougou ne sont pas dépassées.

7.5.4. Les interventions chirurgicales

Le volume de travail a été important, avec 2 interventions chirurgicales par semaine.

Pratiquement tous les types d'interventions chirurgicales préconisés par la politique sanitaire nationale pour un hôpital de district (appendicectomies, cures de hernie, d'hydrocèle, interventions pour grossesses extra-utérines), ont été réalisés par le CMA de Diébougou en 1996.

La création du bloc opératoire a permis au CMA de prendre en charge des cas de pathologie chirurgicale évitant ainsi certaines évacuations sur le CHN de Bobo, le CHR de Gaoua ou le CHN de Ouagadougou.

7.5.5. Les examens de laboratoire

La quantité d'examens réalisés a été importante (1970), de même que la charge de travail pour chacun des 2 agents (18 examens par semaine).

L'examen direct de selles (selles KOP) a été le plus abondamment réalisé avec une proportion de 44,8 % de l'ensemble des examens.

7.5.6. Le taux de mortalité

Il était bas au niveau du CMA (39,3 ‰). La répartition de ce taux par service d'hospitalisation montre que celui de chirurgie a connu le plus faible taux (9,3 ‰).

CONCLUSION

VIII . CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons faire les observations suivantes:

- Au niveau du district, le CMA disposait du plus grand nombre d'agents de santé (70.1 %) contre 29.9 % de l'ensemble des 8 CSPS ; mais il manquait encore de personnels dans certaines catégories : technicien de radiologie, infirmier spécialiste en odontologie, infirmier spécialiste en anesthésie.

De plus des unités d'appui comme la radiologie, de soins comme l'odontologie n'existaient pas encore dans ce CMA.

- L'équipe cadre assurait la gestion administrative du district et du CMA en particulier. Elle assurait l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux du district, activité qui tendait à être conforme au rôle de soutien au premier niveau de contact.

- Au plan financier, le comité de gestion était inexistant. Cela ne favorisait pas une implication de la population dans la gestion financière du CMA, laquelle était assurée par les membres de l'équipe cadre. Le médecin-chef de district était le principal ordonnateur des dépenses de cette formation sanitaire.

- Les activités de supervision et de formation continue du personnel des CSPS ont été faiblement organisées et peu de membres de l'équipe cadre, notamment les médecins y participaient. Les références des patients se faisaient le plus souvent vers le CMA mais il n'y avait pas de support approprié pour les contre références.

- Le CMA de Diébougou a réalisé des soins curatifs et préventifs requis pour un hôpital de district et même pour une unité de premier contact.

- L'analyse rétrospective des registres et des rapports mensuels de 1996 montre que les charges de travail étaient particulièrement importantes au niveau des consultations, du bloc opératoire et du laboratoire. Les équipements obstétricaux semblaient sous-utilisés de même que les services d'hospitalisation. Le taux global de mortalité enregistré était bas et la durée de séjour des malades relativement brève.

- Le recouvrement des coûts de soins et surtout la vente des médicaments essentiels génériques ont permis au CMA de Diébougou de couvrir ses dépenses courantes au cours de l'année 96.

- Ces différentes prestations montrent que le CMA de Diébougou joue un rôle considérable dans la prestation des soins de santé au niveau du district. La place qu'occupe cette formation sanitaire paraît prépondérante et cela nous fait penser au Dr MAHLER qui disait à propos de l'hôpital de district : "un système de santé basé sur les soins primaires ne peut, je le répète, être réalisé, ne peut être développé, ne peut fonctionner et tout simplement ne peut exister sans un réseau hospitalier (15)".

RECOMMENDATIONS

A la lumière de nos résultats, quelles recommandations pouvons-nous formuler pour un meilleur fonctionnement de l'hôpital de Diébougou au sein du district?

- Aux autorités politiques et sanitaires du pays :

. Un redéploiement des ressources humaines de manière à assurer une meilleure couverture de toutes les formations sanitaires du district.

. La création de services techniques tels que ceux de radiologie, d'odontologie, d'une banque de sang au sein de l'hôpital de Diébougou et l'affectation du personnel nécessaire dans ces services.

. La dotation de l'hôpital d'au moins une deuxième ambulance ou à défaut de véhicules à utilité polyvalente pour faciliter l'évacuation des patients vers les échelons de référence, autant que pour assurer les autres services de supervision.

- Aux autorités sanitaires du district de Diébougou :

. Identifier les besoins de formation du personnel des CS/PS et élaborer un calendrier de supervisions tout en impliquant l'ensemble des membres de l'équipe cadre de district.

. Sensibiliser et amener les populations à s'impliquer dans la gestion financière de l'hôpital du district en les invitant à élire librement leurs représentants au sein d'un nouveau comité de gestion.

. Initier des facteurs de motivation des membres de ce comité de gestion et du personnel du CMA afin d'améliorer ses performances.

. Renforcer les mécanismes de recouvrement des coûts des services de santé au niveau de l'hôpital de Diébougou afin de lui permettre une meilleure autonomie financière.

. Permettre une rétro-information entre les structures de santé en élaborant au niveau de l'hôpital des fiches de suivi des patients que l'on enverra après chaque référence aux CSPS référants.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **DHILLON H, LOIS P.**
Promotion de la santé et actions communautaires en faveur de la santé dans les pays en développement. Genève: OMS, 1995: 144
2. **FIEDLER J.**
A review of the literature on access and utilisation of medical care with special emphasis on rural primary care. New York, 1981. Vol. 15 : 129-142.
3. **FLAHAULT D., PIOT M., FRANKLIN A.**
La supervision des personnels de santé au niveau du district. OMS, Genève, 1988 : 107.
4. **GNESSIEN B.**
Réflexion sur les fondements d'une politique sanitaire dans un pays en développement : Le Burkina Faso Perpignan, 1996 : 290 m. s. l. c. e.
5. **ILBOUDO A.**
Analyse de la pratique des soins prénatals dans les centres de santé maternelle et infantile en milieu rural : (cas de trois CSPS du district sanitaire de Nouna). Thèse de médecine. Ouagadougou, Juillet 1996 : 50
6. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE.**
Direction des études et de la planification.
Deuxième plan quinquennal de développement populaire 1991-1995. Province de la Bougouriba. Ouagadougou, 1991 : 87
7. **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE.**
Recensement général de la population et de l'habitat du Burkina Faso. Population résidente des départements et des provinces du Burkina Faso (données provisoires). Ouagadougou, 1996 : 67
8. **MAHLER H .**
Discours prononcé à l'occasion de la session d'inauguration de la conférence de la Fondation Aga Khan et de l'OMS sur le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires. Karachi, 1981 : 5-6.

9. **MILLS A.**
The economics of hospitals in developing countries. PartI
Expenditure patterns-Health policy and planning. 1990.
N° 5 : 107 -117
10. **MILLS A.**
The economics of hospitals in developing countries. PartII
Expenditure patterns-Health policy and planning. 1990.
N° 5 : 203-218.
11. **MINISTERE DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE
ET DE LA SECURITE.**
Carte d'identité de la province de la bougouriba.
Diébougou. 1996 : 76.
12. **MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES**
Population et développement dans la province de la
Bougouriba. Ouagadougou. 1995: 67.
13. **MINISTERE DE LA SANTE.**
Document national sur le renforcement des soins de santé
primaires au Burkina Faso. Ouagadougou, 1992 : 80.
14. **MONEKESSO G.**
La gestion sanitaire au niveau du district. De la
médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires.
Brazzaville : OMS. 1994 : 141
15. **OMS**
Annuaire de statistiques sanitaires mondiales.
Genève. 1995: 3-4.
16. **OMS**
L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines.
Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur les fonctions
des hôpitaux de premier recours. Genève. 1992 : 44-45.
17. **OMS**
Hôpitaux et santé pour tous. Rapport d'un comité
d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier
recours. Genève. 1987 : 67-68.
18. **OMS**
Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour
tous d'ici l'an 2 000. Deuxième évaluation. Huitième
rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Genève
1993: 223.

19. **OMS**
Rapport international sur les soins de santé primaires. Alma-Ata. 6-12 Septembre 1978. Genève. 1992 : 80.
20. **OUEDRAOGO W. , OUEDRAOGO R.**
Soins de santé primaires dans la zone médicale de Diébougou. Rapport de stage. Diébougou, 1994 : 29.
21. **PLAINE L., SIEM TJAM F.**
Les hôpitaux et la révolution des soins de santé. Genève : OMS. 1989 : 124.
22. **SANOU M.**
Hôpital Yalgado OUEDRAOGO. Les problèmes au quotidien, perspectives de solutions. Thèse de médecine, Ouagadougou 1991, n° 2 : 105.
23. **SAVADOGO M.**
L'intégration des services dans les centres de santé et de promotion sociale en milieu rural. A propos d'une étude dans 3 CSPS du district sanitaire de Nouna. Thèse de médecine, Ouagadougou. Juillet 1996 : 55.
24. **SAWADOGO J.**
Etude sur le cadre administratif de l'autonomie des districts sanitaires au Burkina Faso. Rapport provisoire. Ouagadougou, 1996 : 42.
25. **TARIMO E. , CREESE A.**
La santé pour tous d'ici l'an 2000. A mi-chemin. le point de la situation dans divers pays. Genève, 1991 : 277.
26. **TARIMO E.**
Pour une meilleure santé au niveau du district. Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires. Genève 1991 : 106.
27. **VAN LEMMEN F., VAN AMELSVOORT V.**
How do African voluntary agency hospitals spend their money? Tropical Doctor. 18. 1988 : 43-44
28. **VAN LERBERGHE W., LAFORT Y.**
The role of the hospital in the district. Delivering or supporting primary health care? Current concerns. WHO Paper N° 2. 1990.

29. **VAN LERBERGHE V., VAN BALEN H., KEGELS G.**
Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne. Antwerpen, Institut de Médecine Tropicale, 1992 : 49.
30. **WHITE KL, ANDERSON DO, KALIMO E, KLECZKOWSKI BM.** Concepts et informations pour la planification et la gestion nationale des services de santé : enseignements tirés de l'étude collective internationale sur l'utilisation des soins médicaux. Genève. OMS. 1977 : 124.

RÉSUMÉ

Le but de ce travail a été d'étudier le profil actuel du CMA de Diébougou, hôpital de référence de district sanitaire.

La collecte de nos données a duré du 1er Avril au 30 Avril 1997. Elle a consisté en des interviews à l'aide de trois types de questionnaires, en une étude documentaire et en une observation non participante des activités du CMA.

Nous avons trouvé que le comité de gestion du CMA était presque inexistant et non fonctionnel. L'équipe cadre assurait sa gestion financière, son approvisionnement en médicaments essentiels génériques et celui des 8 CSPPS du district.

Elle a réalisé peu de supervisions dans les CSPPS (4 supervisions par CSPPS) en 1996.

Le CMA regroupait 70,1 % du personnel du district, mais ne disposait pas encore de tous les agents et de toutes les unités sanitaires préconisées par la politique sanitaire nationale. L'ensemble des activités préventives et curatives requises pour un hôpital de district a été réalisé par ce CMA en 1996.

Les charges de travail variaient d'un poste à l'autre : 19 patients par infirmier et par semaine au niveau des consultations générales, 0,36 accouchement par jour et par agent au niveau de la maternité.

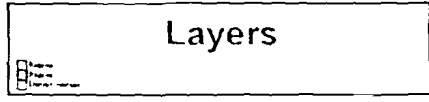
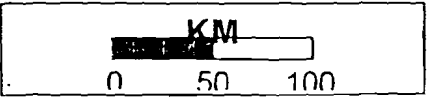
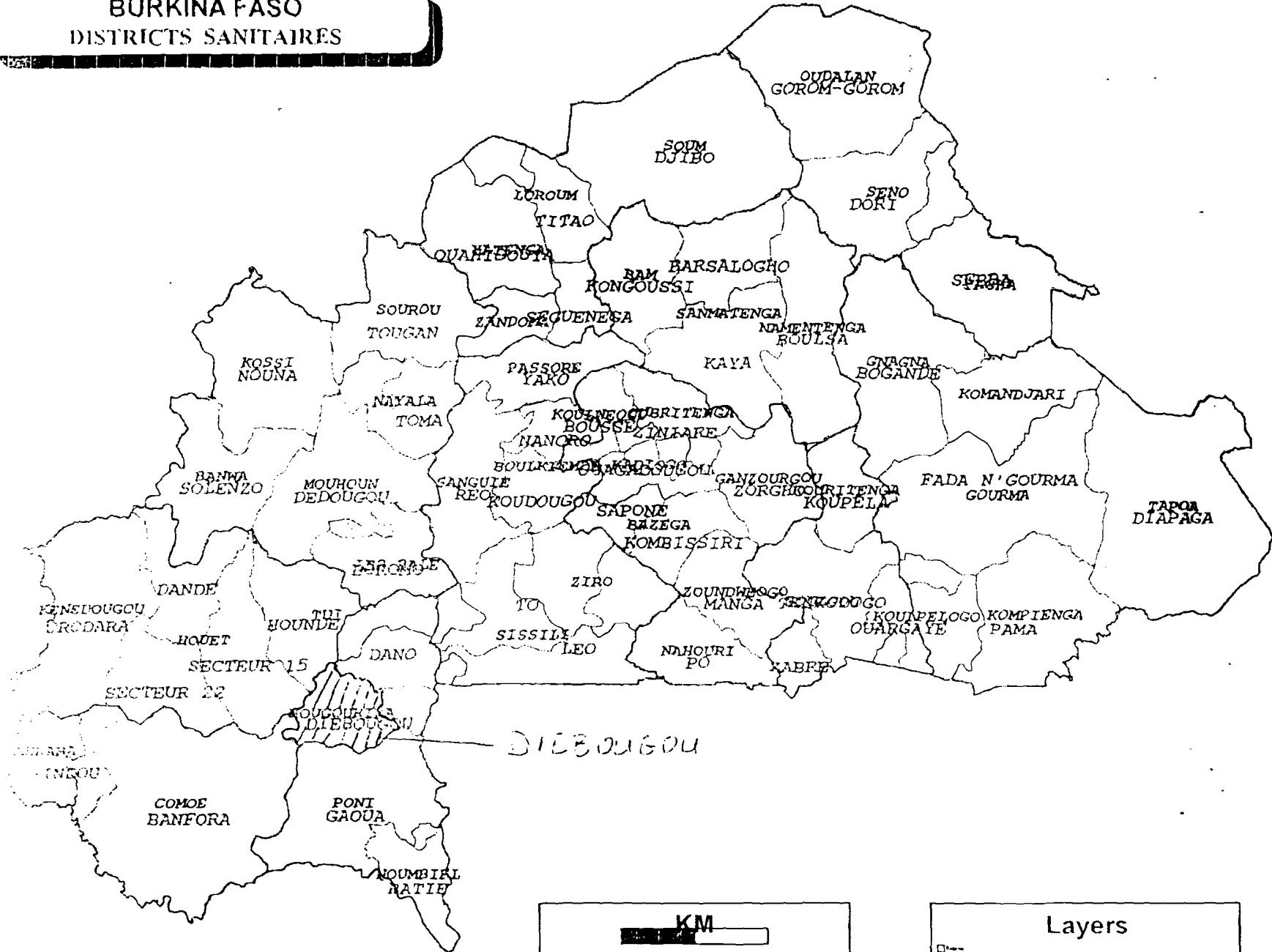
L'indice d'occupation moyenne de lit était peu élevé (25,6 %) et le taux de mortalité hospitalière relativement faible (39,3 o/oo).

Nous pensons qu'un renforcement du personnel et des unités sanitaires du CMA pourrait contribuer à améliorer son efficacité.

Mots clés : Centre Médical avec antenne chirurgicale (Hôpital de district)/District sanitaire/Diébougou

ANNEXES

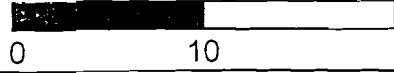
BURKINA FASO
DISTRICTS SANITAIRES



LEGENDE

- DISTRICT SANITAIRE
- ✚ FORMATIONS SANITAIRES

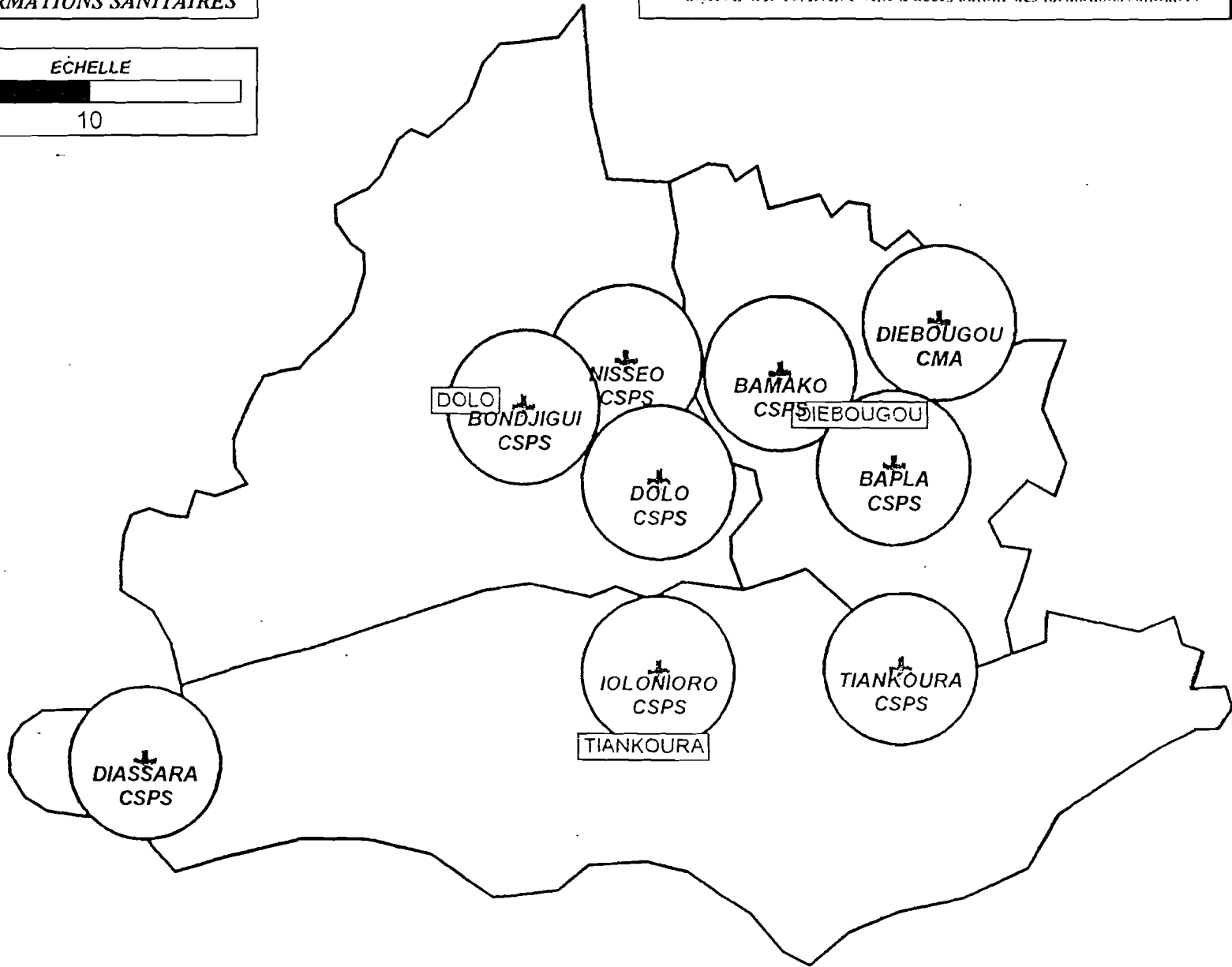
ÉCHELLE



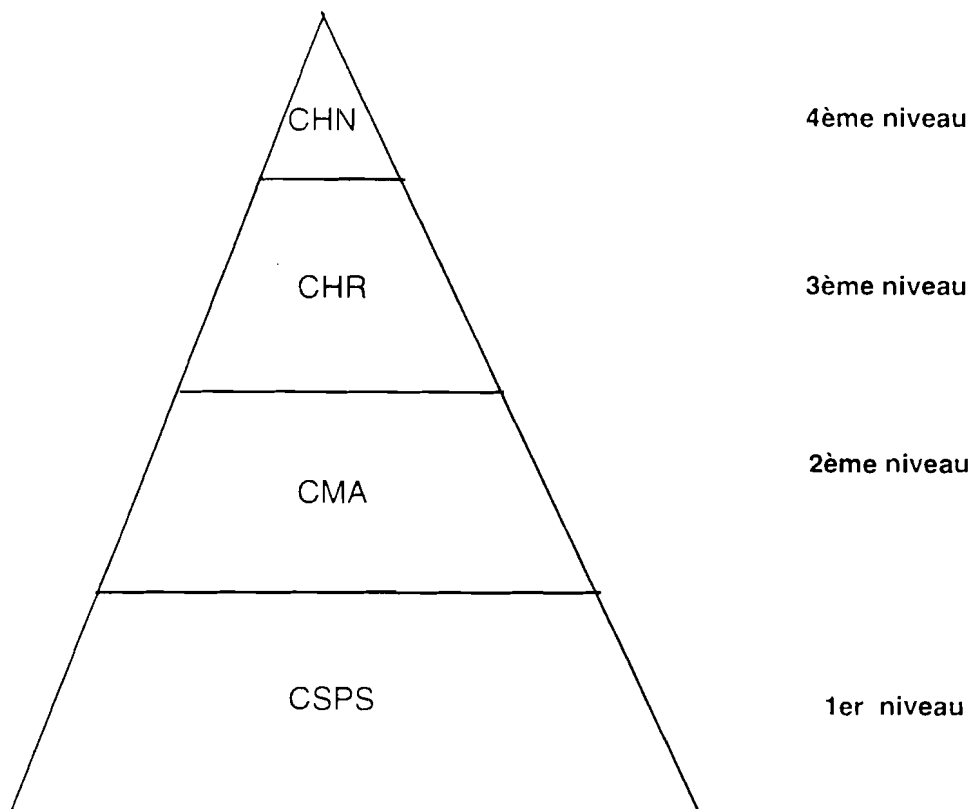
PROVINCE DE LA BOUGOURIBA

DISTRICT DE DIEBOUGOU

CARTE SANITAIRE 5 KM d'accès autour des formations sanitaires

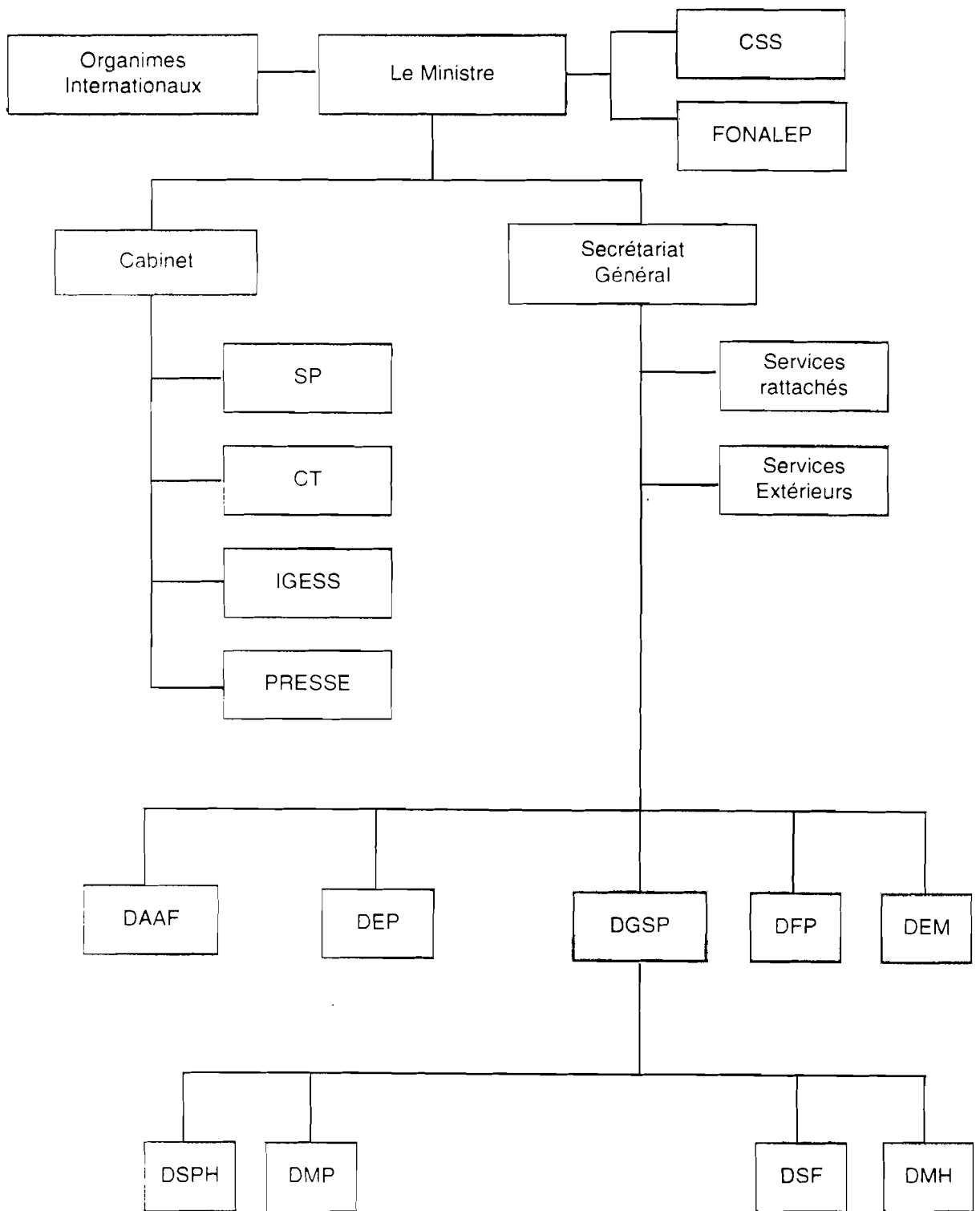


Annexe 3 : Le système de santé actuel du Burkina (DEP Ministère de la Santé)



- CHN : Centre Hospitalier National
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
- CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

Annexe 4 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE (1996)



ANNEXE 5

**Questionnaire adressé aux membres
de l'équipe cadre du district de Diébougou**

- Département :
- Nature de la formation sanitaire :
- Qualification de l'enquête :
- Temps passé dans la formation sanitaire :

1) Quel est le nombre d'agents de santé par catégorie (Médecin, Infirmier, Sage-femme...) existant dans votre district sanitaire ?

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

2) Quel est le nombre d'agents par catégorie exerçant dans le CMA de Diébougou?

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

3) Quelle est la répartition du personnel de santé dans les autres structures sanitaires du district de Diébougou ?

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

4) Manque-t-il actuellement un ou des agents à leur poste de travail ?

Oui

Non

Si Oui, combien en manque-t-il et pour quelles raisons ?

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

5) Quel est le nombre et la nature (CMA, CM, CSPPS,...) des formations sanitaires existant dans votre district sanitaire ?

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

6) Quelles sont les différentes unités de soins dont dispose le CMA de Diébougou?

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

7) Qui élabore le programme d'activités de votre district sanitaire ?

* Le médecin-chef du CMA

* L'équipe cadre du district de Diébougou

* L'équipe cadre en association avec tout le personnel de l'hôpital de district

8) Depuis quelle année votre bloc opératoire est-il fonctionnel et quelles sont les pathologies chirurgicales qui y sont prises en charge ?

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

9) Quelles sont les activités sanitaires propres à votre CMA et aux CSPPS de votre district ?

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

10) Quelles sont les fonctions administratives du CMA de Diébougou ?

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

11) Quel est le nombre d'agents de santé (et leur qualification) composant l'équipe de votre district ?

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

12) Dans votre district sanitaire, quelles sont les tâches que mènent les membres de l'équipe cadre ?

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

13) Ces tâches sont-elles menées par toute l'équipe cadre ?

Si non, habituellement par combien de membres de cette équipe cadre, et pour quelles raisons ? **Oui** **Non**

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

14) Qui assure la supervision et la formation continue des agents de Santé des CSPS ?

- * Toute l'équipe cadre de district
- * Le Médecin-chef du CMA de Diébougou
- * Tout volontaire de l'équipe cadre de district

12) En quoi consiste la supervision de ces agents ?

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

16) Quelle est la périodicité de cette supervision ?

- * Tous les mois
- * Tous les 2 mois
- * Tous les 3 mois

ANNEXE 6

Questionnaire adressé aux membres du Comité de gestion du CMA de Diébougou

- Département :
- Nature de la formation sanitaire :
- Qualification de l'enquête :
- Temps passé dans la formation sanitaire :

1) Quels sont les membres du comité de gestion du CMA de Diébougou ?

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

De son dépôt pharmaceutique ?

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

2) Quelles sont les sources de revenus de votre hôpital de district ?

- * Allocations de l'Etat
- * Aides et dons divers
- * Recettes et recouvrement des coûts de soins
- * Autres Préciser

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

3 Du dépôt pharmaceutique du CMA ?

- * Allocations de l'Etat
- * Vente des médicaments
- * Cotisations des populations
- * Autres Préciser

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

4) Qui ordonne les dépenses au niveau du CMA ?

- * Le comité de gestion du CMA en association avec les autres membres de l'équipe cadre
- * Le comité de gestion du CMA uniquement
- * Le médecin-chef du district sanitaire

5) Même question au niveau du dépôt du CMA :

- * Le comité de gestion du CMA
- * Le comité de gestion du CMA en association avec l'équipe cadre
- * Le médecin-chef du district sanitaire

6) Qui supervise ces dépenses. au niveau du CMA ?

- * Le comité de gestion du CMA
- * Le comité de gestion du CMA en association avec les autres membres de l'équipe cadre
- * Le médecin-chef du district sanitaire
- * Le Major du CMA

7) Au niveau du dépôt pharmaceutique du CMA ?

- * Le comité de gestion du CMA
- * Le comité en association avec les autres membres de l'équipe cadre
- * Le médecin-chef du district sanitaire
- * Le Major du CMA

8) Quelle utilisation faites-vous des recettes et des recouvrements des coûts de soins du CMA ?

- * Elles sont totalement reversées dans le budget provincial
- * Elles sont totalement réutilisées pour les dépenses de fonctionnement du CMA
- * Autres Préciser

9) Quelle utilisation faites-vous des recettes provenant de la vente des médicaments du dépôt pharmaceutique ?

- * Elles sont totalement réutilisées pour l'approvisionnement en médicaments
- * Elles sont reversées dans le budget provincial

* Une partie est utilisée pour payer les membres du comité de gestion

* Autres

Préciser

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

10) Quel rôle jouent les membres de l'équipe cadre de district dans l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques du dépôt du CMA ?

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

11) Quel était le budget de fonctionnement de votre hôpital de district au cours de l'année 1996 ?

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

ANNEXE 7

**Questionnaire adressé au personnel de santé des
CSPS du district sanitaire de Diébougou**

- CSPS de _____ :
- Qualification de l'enquêté : _____ Age : _____
- Temps passé dans le CSPS :

1) En présence d'une pathologie dont la prise en charge dépasse vos compétences, que faites-vous ?

- * Nous décidons systématiquement de référer le patient vers l'échelon de référence de notre district.
- * Nous demandons d'abord au patient si il veut être référé avant de le faire
- * Nous référons le patient vers un CHN
- * Autres . Préciser

2) Qui décide de la référence des patients au niveau de votre CSPS

- * Le responsable du CSPS
- * Tout le personnel de santé du CSPS
- * L'agent de santé qui a reçu le patient

3) Quelles difficultés rencontrez-vous dans la référence de vos patients ?

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

4) Vers quelles formations sanitaires référez-vous vos patients ?

.....

5) En cas de référence, qui accompagne le patient vers l'échelon de référence ?

- * Le responsable du CSPS
- * Un agent de santé du CSPS
- * Le malade se débrouille seu avec ses accompagnants

6) Recevez-vous en retour des informations de ces formations sanitaires de recours ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

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

Si oui, de quelle manière ?

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

7) Arrive-t-il que votre échelon de recours vous renvoie un patient que vous avez eu à reléger ?

Oui

Non

Si oui, pour quelles raisons ?

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

8) Habituellement, combien de membres de l'équipe cadre assurent votre supervision et votre formation continue ?

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

9) Pensez-vous que ce nombre soit suffisant pour ce travail ?

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

10) Cette supervision et cette formation continue sont-elles faites régulièrement ?

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

11) Quelles appréciations faites-vous de la supervision et de la formation continue dont vous bénéficiez ?

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

CMA de Diébougou

ANNEXE 8 : TARIFICATION

8.1. Tarification des actes chirurgicaux en vigueur au CMA de Diébougou

1. Grandes interventions chirurgicales (hernies, hydrocèle,césariennes,appendicites...)	20 000 F
2. Petite chirurgie (curetage, kystes,lipomes.....)	5 000 F
3. Incisions d'abcès, de panaris	300 F

Remarques:

Les sommes sont à payer exclusivement auprès de la caisse;
L'hospitalisation est payée dès l'admission du malade;
Les tarifs ne comprennent pas le montant de l'hospitalisation ainsi que les médicaments post opératoires.

Le médecin-Chef du CMA

CMA de Diébougou

8.2 Tarifs des examens de laboratoire au CMA de Diébougou

1- Glycémie, goutte épaisse, examen de selles, ECBU, albumine, sucre, snip	300 F
2- Test de grossesse	1000 F
3- Bilan transfusionnel	1500 F

Remarques:

- Les hospitalisés payent un forfait d'examen de laboratoire de 300 F pour tous les examens effectués pendant leur séjour.
- Le paiement du montant des examens doit s'effectuer obligatoirement auprès de la caisse avant sa réalisation.

Le médecin-Chef du CMA

CMA de Diébougou

8.3. Tarifs des prestations à la maternité du CMA de Diébougou

1 - Consultation gynécologique sage-femme	1 50 F
2 - Consultation prénatale (pour toute la durée de la grossesse)	200 F
3 - Accouchement (trousse + hospitalisation)	4 500 F
4 - Hospitalisation (hors accouchement) (pour toute la durée)	1 300 F
5 - Curetage digital	250 F
6 - Si avortement provoqué	2 500 F
7 - Consultation gynécologique du médecin	750 F

N.B :

- Tous les tarifs de consultation gynécologique sont valables pour une (1) semaine
- Les paiements sont effectués auprès de la caisse
- L'acquisition d'un carnet de soins est obligatoire avant toute consultation.

Le médecin-Chef du CMA

CMA de Diébougou

8.4 Tarifs des consultations au CMA de Diébougou

Consultation générale infirmier	
- Adultes:	150 F
- Enfants 5-15 ans	100 F
- Enfants 0-4 ans	Gratuit
- Elèves	100 F

Consultaion du médecin 750 F quel que soit l'âge

Remarques

- l'acquisition d'un carnet de soin est obligatoire (150 F)
 - les tarifs sont payés auprès de la caisse et sont valables pour une (1) semaine.
- Exigez un reçu pour tout paiement

Le médecin-Chef du CMA

CMA de Diébougou

8.5 Tarifs d'hospitalisation pratiques au CMA de Diébougou

- Adultes	1500 F
- Enfant 5-15 ans	550 F
- Enfants 0-4ans	300 F

Remarques

- Ces tarifs comprennent un forfait d'examen de laboratoire de 300 F quel que soit l'âge du malade
- L'hospitalisation est payée dès l'admission du malade.
- le malade paye le même montant quel que soit la durée d'hospitalisation.

Les frais d'hospitalisation sont payés exclusivement auprès de la caisse.

Exigez pour tout paiement un reçu

Le médecin-Chef du CMA

CMA de Diébougou

8.6. Tarifs des certificats médicaux au CMA de Diébougou

- Certificat de visite et contre visite	1000 F
- Certificat d'accouchement, grossesse	1000 F
- Certificat Médical pour coups et blessures	2000 F
- Certificat d'examen des enfants (caisse)	300 F
- Autres certificats	2000 F

Tous les tarifs sont payables auprès de la caisse.

Pour tout paiement exigez un reçu

Le médecin-Chef du CMA

ANNEXE 9 : BILAN FINANCIER

9.1 Bilan financier du 1/01/96 au 31/12/96 du CMA de Diébougou

I Recettes		I Recettes	
1. Carnets de soins médicaux :	125 000	Janvier :	163 542
2. Consultation générale adultes :	329 000	Février :	280 199
3. Consultations en gynécologie :	35 000	Mars :	293 692
4. Recettes lors de la garde :	272 000	Avril :	629 400
5. Hospitalisation en Chirurgie	125 000	Mai :	949 497
6. CPN :	121 000	Juin :	681 965
7. Signature carnet allocations familiales :	33 000	Juillet :	607 425
8. Consultation des enfants de 5-14 ans :	62 500	Août :	413 820
9. Hospitalisation des enfants :	16 700	Septembre :	430 204
10. Petites interventions chirurgicales	130 000	Octobre :	297 385
11. Kit des accouchements :	626 000	Novembre :	161 470
12. Hospitalisation en médecine :	182 000	Décembre :	258 775
13. Recettes des échantillons médicaux et solutés	36 000		
		Total =	5 167 374 F
14. Hospitalisation en maternité :	248 000		
15. Examens de laboratoire	471 000	Solde fin 95 :	264 798
16. Curetage et curage	21 000	Recettes :	5 291 608
17. Grandes interventions chirurgicales :	1 600 000	Total :	5 556 406
18. Consultation des médecins :	156 000		
19. Visites et contre-visites médicales :	51 800	Soldes :	5 556 406
20. Certificat de grosse et d'accouchement:	24 000	-	5 167 374
21. Transfusion sanguine :	16 500		389 032 F
22. Recherche albumine sucre en maternité	14 100		
	28 000		
23. Certificats médicaux :	12 000		
24. Petites chirurgie :	491 308		
25. Recettes extraordinaires :	300		
26. Incision d'abcès :	32 000		
27. Kit plâtre :	23 000		
28. Consultation des élèves :	2 000		
29. Circoncision	5 291 608 F		

9.2 Additif du bilan financier détaillé du 1/01/96 au 31/12/96 des autres dépenses du CMA de Diébougou

1. Affectation au fonctionnement du District Fallocation du mois de décembre 96 ne fait pas partie du bilan 96 car ayant été versé en janvier 1997.	330 000
2. Achat carnets de soins médicaux	400 000
3. Achat de deux (2) coffres forts	80 000
4. Achat d'une batterie	55 000
5. Confection de tampons pour le CMA	11 000
6. Photocopie des documents du CMA au VARENA	1 800
7. Achat de deux (2) lampes tempête	15 000
8. Inscription des initiales CMA sur les blouses	6 100
9. Prise en charge de l'inventaire et de la supervision de l'ECD au CMA	32 475
10. Offre d'un cadeau de mariage à un collègue	5 000
11. Frais pour la formation VIH/SIDA	30 280
12. Frais pour la manutention des vivres PAM	8 320
13. Prêt non encore remboursé par le personnel jusqu'au 31/12/96	34 160
14. Confection de deux (2) tableaux pour le CMA	9 000
15. Achat de calculatrices pour le CMA	22 500
16. Prise en charge des tournées PEV	26 070
Total	1 066 705 F
1. Salaire et indemnités	680 730
2. médicaments et consommables médicaux	736 181
3. Entretien équipement	487 664
4. Carburant et lubrifiant	855 052
5. Entretien bâtiments	495 550
6. Fournitures de bureau	576 012
7. Vivres	14 070
8. Entretien eng255 410ins et véhicules	255 410
9. Autres	1 066 705
Total	5 167 374

9.3. Dépenses détaillées du dépôt MEG du CMA de Diébougou

- Salaires et indemnités	348 000
- Médicaments	8313 809
- Fournitures de bureau	228 890
- Entretien bâtiments	-
- Autres	184 775

Total 9 075 474

Bilan financier annuel 96/Dépôt MEG du CMA de Diébougou

Date	Libellé	Recettes	Dépenses
Décembre 95	Solde fin 1995	3 546 125	
Janvier	Dépôt MEG/CMA	881 440	582 170
Février	698 245	224 850
Mars	774 925	1 109 865
Avril	929 590	898 065
Mai	1 142 065	93 065
Juin	1 178 815	1 336 655
Juillet	836 680	537 435
Août	772 440	1 299 362
Septembre	1 014 645	419 535
Octobre	1 107 035	698 209
Novembre	870 690	1 367 230
Décembre	727 055	508 468
	Total	14 479 750	9 075 474

Solde fin 96 : 14 479 750 - 9 075 474 = 5 404 276 F

ANNEXE 10

PLANNING DES EXAMENS DE LABORATOIRE DU CMA DE DIEBOUGOU

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	EXAMENS D'URGENCES
<ul style="list-style-type: none"> - Selles - BAAR - SNIP - Recherche de microfilaries sanguicoles 	<ul style="list-style-type: none"> - Urines - Albumine Sucre Sels biliaires - Pigment - ECBU PV 	<ul style="list-style-type: none"> - Selles - BAAR - SNIP - recherche de microfilaries sanguicoles 	<ul style="list-style-type: none"> - NFS-VS - GS/RII - test d'Emmel - BW 	<ul style="list-style-type: none"> - Selles - recherche de microfilaries 	<ul style="list-style-type: none"> - Numération blanche - Taux d'hémoglobine - GS/RII - LCR - GE - Glycémie

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

RÉSUMÉ

Le but de ce travail a été d'étudier le profil actuel du CMA de Diébougou, hôpital de référence de district sanitaire.

La collecte de nos données a duré du 1er Avril au 30 Avril 1997. Elle a consisté en des interviews à l'aide de trois types de questionnaires, en une étude documentaire et en une observation non participante des activités du CMA.

Nous avons trouvé que le comité de gestion du CMA était presque inexistant et non fonctionnel. L'équipe cadre assurait sa gestion financière, son approvisionnement en médicaments essentiels génériques et celui des 8 CSPS du district.

Elle a réalisé peu de supervisions dans les CSPS (4 supervisions par CSPS) en 1996.

Le CMA regroupait 70.1 % du personnel du district, mais ne disposait pas encore de tous les agents et de toutes les unités sanitaires préconisées par la politique sanitaire nationale. L'ensemble des activités préventives et curatives requises pour un hôpital de district a été réalisé par ce CMA en 1996.

Les charges de travail variaient d'un poste à l'autre : 19 patients par infirmier et par semaine au niveau des consultations générales, 0.36 accouchement par jour et par agent au niveau de la maternité.

L'indice d'occupation moyenne de lit était peu élevé (25,6 %) et le taux de mortalité hospitalière relativement faible (39,3 o/oo).

Nous pensons qu'un renforcement du personnel et des unités sanitaires du CMA pourrait contribuer à améliorer son efficience.

Mots clés : Centre Médical avec antenne chirurgicale (Hôpital de district)/District sanitaire/Diébougou