

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTHO-STOMATOLOGIE



Année universitaire :
N°.....

THÈSE :



VIABILITE DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
GARANTIGUIBOUGOU
EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Présenté et soutenue publiquement le/...../
devant la Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Traoré Moriba

JURY

Président : Pr Samba DIOP
Membre : Dr Biramadjian DIAKITE
Codirecteur : Dr TRAORE Fatou DIAWARA
Directeur : Pr Akory Ag IKNANE

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail :

Au Tout Puissant **Allah**, le Clément, le miséricordieux.

Ô ALLAH louange à Toi et toute ma reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Tu nous as accordés en permanence.

Puisse **ALLAH** faire de moi un serviteur qui respecte ses recommandations et celles des hommes.

O Dieu ce travail me permettra auprès des hommes d'avoir l'accord de soigner mes prochains mais je ne peux rien traiter sans ton accord malgré toutes les éducations que les autres ont pu me donner.

O Dieu guide mes pas, encadre tous mes actes et fait de moi un médecin soucieux et conscient de son métier. J'implore ton pardon et ta miséricorde mon Créateur.

Au prophète MOHAMED bénédiction paix sur lui :

Notre prophète bien aimé ! Tu nous as apporté une lumière et une fierté d'être la meilleure des communautés de Dieu. Tu as accompli ta mission, il reste la notre et j'espère qu'**ALLAH** nous facilitera et qu'il nous gardera sur le droit chemin.

Ce modeste travail est une manière de nous rapprocher de toi et d'**ALLAH** car la science est toujours une source de spiritualité.

A mon père : Dramane Traoré

La patience, la combativité, la loyauté, l'honnêteté que tu nous as enseignées pour la bonne conduite du travail, est le fruit de ce résultat. Je ne peux que dire merci et merci car d'après Amadou Hampaté Bah « quelle que soit la valeur d'un sien fait à l'homme, il n'y a qu'un et un seul mot pour exprimer la profonde reconnaissance; c'est merci. »

Que Dieu te prête longue vie. Amen !

A ma Mère : Djénébou Diakité

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui. Tu as tant souffert dans la vie, comme le petit oiseau reçoit sa nourriture du bec de sa mère, nous avons

tous reçu de toi. Mère, tu as risqué ta vie et couru mille périls pour nous permettre un avenir meilleur. Ta combativité, ton amour permanent et ton souci pour une bonne éducation font de toi une mère exemplaire. Ton exemple est décrit dans les livres mais rare dans la vie courante. J'ai eu la chance de t'avoir comme mère. Tu as certes perdu la vue mais tu as su garder la foi en ALLAH. Je t'aime maman et je t'aimerai toujours.

Ce modeste travail est le tien qu'ALLAH nous prête longue vie afin de goûter le fruit de ton labeur.

A mes frères et sœurs : Bandiougou ,Bintou ,Mariam ,Adama ,Mohamed ,Moussa ...etc

Merci pour votre soutien. Pour vos prières en période de crise.

A mon épouse Wafa Cissé

Tu m'as accepté à ma juste valeur. Tu as su m'apporter le réconfort et tant d'amour. Merci pour cet enfant précieux fruit de cet amour.

A mon Fils Ibrahim .

A mon oncle Bourama Traoré

Comme un père, tu l'as été au cours de ces années. Réconfort, Soutien morale tu étais là lorsque nous avions besoin de toi, merci pour tout. Que Dieu te donne longue

A mes tantes :Safiatou Camara,Nansa Camara,Sayon Kéita.

Mercide près ou de loin pour toutes vos bénédictions.

A docteur Hamidou Sacko

Il ne m'a pas fallu trop de temps pour t'apprécier. Merci du fond du cœur pour le soutien sans relâche que tu m'as apporté .Ton expérience et conseil dont j'ai bénéficiés m'ont facilités la réalisation de ce document. Puisse Dieu t'accorder une très bonne carrière et longue vie ; amen.

Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin nous ont aidés dans cette lourde et dure tâche.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine ,de Pharmacie ,d'OdontoStomatologie.

A tous mes maîtres, de la maternelle à la faculté.

A tous les étudiants de la faculté.

A tout le personnel du CSCOM de Garantiguibougou, singulièrement au :

❖ Docteur Traoré Bintou Sangaré,

merci du fond du cœur pour le soutien sans relâche que vous m'avez apporté et surtout votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations. Puisse Dieu vous accorder une longue vie ; amen.

A tous les membres de la CPG de l'ASACOGA, particulièrement au :

❖ Président Bakassoum Traoré,

merci pour tous les renseignements que vous m'avez fournis et surtout votre disponibilité.

A tous mes collègues internes de l'ANSSA.

A mes amis: ZoumanaTogniné ,Hamidou Traoré ,Alassane Diakité ,Abdramane Bamba ,Aboulaye Sidibé.....

Je n'oublierai jamais les moments partagés, les conseils prodigués et le soutien sans réserve à chaque fois que le besoin y est. Recevez ici mes sincères gratitude et qu'ALLAH renforce notre union.

A mes collègues du Cabinet Lafia :Dr Mohamed , Dr Bagayoko,DrIssouf ,Dr Mamoutou ,Dr Kanté, Dr Camara et aux infirmières Batoma ,Aiché ,Mi ,Maimouna,Sall.

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury Professeur Samba DIOP :

Maître de conférences en Anthropologie Médicale ;

Enseignant-chercheur en Ecologie humaine ; anthropologie et éthique/bioéthique au DER de santé publique et spécialités ;

Chercheur associé au SEREFO.

Chère Maitre

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons admiré votre disponibilité incommensurable, votre rigueur scientifique et vos qualités sociales ;

Votre sens du partage, et surtout votre modestie font de vous un maître apprécié de tous ;

Soyez rassuré de notre estime et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE Biramadjan DIAKITE:

Economiste de la santé ;

Chef du service des sciences sociales à l'INRSP ;

Associe à l'élaboration du plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS).

Associe à l'élaboration de la politique nationale de recherche en sante au mali.

Chercheur associe du ministère des finances dans le cadre de l'élaboration du budget programme du département de la sante au Mali.

Chère maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir dans ce jury

Vos qualités humaines, votre simplicité, l'étendue, votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un maître exemplaire.

Recevez cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directrice docteur TRAORE Fatou DIAWARA

Médecin Epidémiologiste ;

Chef de la Division Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) ;

Ancienne Responsable Point Focal de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako (DRS).

Chère Maitre

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est vôtre.

Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous une femme exemplaire.

Veillez accepter cher Maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET Directeur Professeur Akory Ag IKNANE

Maître de conférences en Santé Publique à la FAPH et à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie (FMOS) ;

Directeur Général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (l'ANSSA) ;

Président du Réseau Malien de Nutrition ;

Secrétaire général de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP) ;

Ancien Chef de Service de Nutrition à l'INRSP ;

Premier Médecin Directeur du Centre de Santé Communautaire de Banconi.

Cher Maitre

Vous nous avez fait le privilège de nous accepter et le bonheur de nous transmettre sans réserve vos connaissances et votre savoir-faire.

C'est un immense honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés.

Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous. Votre expérience votre compétence et patriotisme nous ont marqué et nous servirons de modèle dans notre carrière. Recevez ici, cher Maitre, l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

SIGLES ETABREVIATIONS

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

AG	Assemblée Générale
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASACOBOUL	Association de Santé Communautaire de Boukassoumbougou
ASACOGA	Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou
ASACOHAM	Association de Santé Communautaire de Hamdallaye
ASACOSAB II	Association de Santé Communautaire de Sabalibougou II
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BW	Bordet -Wassermann
CA	Conseil d'Administration
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CG	Comité de Gestion
CPG	Commission provisoire de gestion
CPON	Consultation Post-natale
CPN	Consultation prénatale
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
DCI	Dénomination Commune Internationale
DNS	Direction Nationale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
EPI	Expanded Program of Immunization
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information Education et Communication
INSTAT	Institut National des Statistiques de Bamako
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLT	Programme National de Lutte Contre la Tuberculose
PRODESS	Programme de Développement Socio Sanitaire
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population
SSP	Soins de Santé Primaire

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	12
II-OBJECTIFS.....	14
III-GENERALITES.....	15
IV-METHODOLOGIE.....	25
V-RESULTATS.....	38
VI-DISCUSSIONS.....	56
VII-CONCLUSION.....	60
VIII-RECOMMANDATIONS.....	61
IX-BIBLIOGRAPHIE.....	62
X-ANNEXES.....	64

1. INTRODUCTION

La santé, concept facilement prôné par les politiques fait appel le plus souvent à des notions très délicates : stratégies, formations, sensibilisations, évaluations [1].

L'évaluation constitue ainsi la clé de voûte du succès de tout système de santé car elle permet de révéler les lacunes des plans de santé pendant leur mise en œuvre. Si l'adhésion ou la participation communautaire représente un des paramètres la plupart du temps utilisé au cours de l'évaluation, l'utilisation ou le recours des populations à des options sanitaires bien spécifiées en constitue un des principaux indicateurs. Ainsi, une utilisation rationnelle des services de santé peut entraîner une amélioration du bien-être et de la santé des populations. Dans certains des cas, lorsque cette utilisation est juxtaposée à des indicateurs de l'état de santé tels que les incidences des maladies, les couvertures des soins ; elle permet de préjuger sur la qualité des politiques et stratégies de services en matière de santé[1].

Au Mali par exemple, la sous utilisation des services de santé par les populations malgré la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ajoutée au médiocre niveau de santé des populations (comme en témoignent les taux élevés de mortalités infantiles et infanto-juvéniles respectivement 113 et 229 pour mille naissances vivantes ; de mortalité maternelle 582 pour mille accouchements [2]) constitue une preuve palpable de l'échec des politiques de santé dans le pays.

En 1968 après le coup d'état, le peuple malien a adopté le régime libéral tout en conservant les textes fondamentaux du socialisme, régime au cours duquel verra cette jeune nation être confrontée à beaucoup de difficultés socio-économiques. Cette situation entraîna l'élaboration des plans successifs consacrés à la santé. Ces différents plans de développement socio-économique ont abouti [3]:

- en 1985 à la privatisation des professions médico - pharmaceutiques.
- à l'élaboration du deuxième plan décennal (1981-1990) de la Politique Nationale de santé qui verra naître la déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) adoptée par le gouvernement le 15 décembre 1990 traduisant ainsi une volonté explicite des réformes institutionnelles du secteur, dans un souci de développementsanitaire harmonieux et soutenu visant l'amélioration de l'état de santé de la population[3].

Elle fait siens des principes de l'Initiative de Bamako (IB Septembre1987) et la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP).

Fruit d'une analyse approfondie de la situation sanitaire du pays, des expériences diverses et des stratégies de mise en œuvre des soins de santé primaire, elle a retenu comme [4]:

objectif général : garantir un état de santé satisfaisant pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

objectifs spécifiques:

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité des prestations ;
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels ;
- La participation communautaire dans la gestion du système ;
- La mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé y compris le recouvrement des coûts.

Sur le plan de la participation des populations à la gestion des services, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. La mobilisation des acteurs locaux semble plus effective et durable dans les centres de santé privés associatifs que dans les comités de gestion des centres de santé publics [5].

Le recours à la participation financière des utilisateurs, la volonté d'impliquer la population dans la gestion des services de santé sont deux moyens retenus pour améliorer la qualité des prestations de façon durable [6].

Différentes stratégies ont été mises en œuvre selon les pays. "L'Initiative de Bamako" a joué un rôle déterminant pour la promotion de ces stratégies au niveau national et international [7].
Qu'en est-il aujourd'hui?

C'est dans le souci de répondre à une telle question que nous envisageons de mener cette étude dans le but de décrire la viabilité sanitaire au niveau communautaire au CSCOM de Garantiguibougou qui est situé dans la commune V du district de Bamako, sur la rive droite du fleuve Djoliba.

2. OBJECTIFS

La présente étude se fixe un objectif général et 05 objectifs spécifiques :

2.1. Objectif général :

Etudier le niveau de viabilité du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.

2.2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le rôle de l'ASACO dans les prises de décision du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.
2. Décrire l'organisation des services techniques du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.
3. Décrire les performances techniques du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.
4. Déterminer l'évolution des recettes et des dépenses du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.
5. Déterminer le niveau de satisfaction des utilisateurs par rapport aux prestations des services du CSCOM de Garantiguibougou.

3. GENERALITES

3.1. Géographie

La République du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 238 km². Elle partage au nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie ; à l'est, le pays est frontalier avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger.

3.2. Population

La population Malienne était estimée à 15 968 882 habitants en 2013 avec un taux d'accroissement de 3,01%. Selon les mêmes sources le taux d'urbanisation est de 34,9%. [9]

3.3. Situation sanitaire du mali

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, connaît aussi des améliorations significatives dans le domaine de la santé. Les dépenses totales de santé sont passées de 60 651 508 milliards en 2009 [8] à 75,5 milliards en 2012[10]. Pour la période 1999-2004, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde [11] et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur des besoins de la politique sectorielle et du Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ;
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantités qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences ;
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;

- Un faible niveau d’alphabétisation, d’instruction et d’information de la population ;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement malien a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990 (MSP-AS) [11]. Dans ces orientations, on note que la priorité de l’action sanitaire s’adresse au milieu rural et périurbain, cela dans un souci d’équité et de correction des inégalités sociales, qu’elle vise la prévention des maladies ou qu’elle s’attache à promouvoir l’action socio sanitaire en vue d’améliorer le bien-être de la famille. En outre, par la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, on constate que la santé représente désormais un secteur d’investissement qui obéit à la loi de l’utilisation rationnelle des ressources, afin d’assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : Etat, organisations non gouvernementales (ONG) et populations. Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) a été élaboré. Pour la mise en œuvre de ce Plan, le Mali a opté pour l’approche sectorielle.

Le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire (PRODESS) ; le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n’a été effectif qu’une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d’où le report de la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II couvre la période de 2005-2009, et est organisé autour de deux composantes : la Composante Santé et la Composante Développement Social. Le PRODESS II est basé sur les mêmes stratégies et orientations que celles élaborées et adoptées en 1998. [11] Le nouveau PDSS (2012-2021) a été élaboré et validé et sa première tranche de PRODESS est en cours.

3.4. Les aspects institutionnels de la gestion des associations de sante communautaire au Mali

3.4.1. Aspects juridiques

3.4.1.1. La loi sur les associations

La liberté de regroupement en association en République du Mali remonte à l'ordonnance N°41/PCG du 28 mars 1959 qui fut abrogée par la loi N°04-038 du 05 Août 2004 relative aux associations.

Avant 1985, l'exercice dans le domaine de la santé était exclusivement réservé au public, avec quelques exceptions tolérées, le cabinet et les infirmiers des sociétés et entreprises d'état. Dans ces différentes formations sanitaires, ce sont les agents de l'état qui y pratiquaient le double exercice.

Le programme d'ajustement structurel, imposé au Mali avait pour conséquence, le désengagement progressif de l'état et la privatisation de ce secteur.

3.4.1.2 Texte sur la privatisation des professions médicales

L'exercice privé des professions médico-pharmaceutiques, remonte en 1985 suivant la loi N°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985. Le décret N°91-106/PRM du 15 Mars 1991 fixe l'organisation de l'exercice privé des professions sanitaires et sa mise en application est constaté par l'arrêté N°91-4319/MSP-AS-PF-CAB du 3 Octobre 1991.

En 1988, naissait pour la première fois la première association de santé communautaire au mali, ouvrant ainsi la porte d'une ère nouvelle, celle d'un troisième secteur dans le domaine de la santé à côté des secteurs public et privé déjà existants : la santé communautaire. Cette forme d'exercice se distingue des deux autres par son caractère privé mais sans but lucratif, mais surtout par la volonté des populations de prendre en charge leur propre santé avec leur participation active et volontaire dans le domaine de la mise en place puis de la gestion d'un centre de santé communautaire appelé CSCOM.

L'organisation de ce secteur communautaire commence à partir du 15 Décembre 1990 avec l'adoption par le Mali d'une politique sectorielle de santé et de population qui donne une place prépondérante à la gestion des structures de santé par les populations, tout en privilégiant un système de recouvrement des coûts de la santé.

La réglementation de cette santé communautaire ne commence véritablement qu'à partir de 1994 avec l'adoption de l'arrêté interministériel N°94-5092 du 21 Avril 1994 qui définit le rôle et les devoirs de chacun des acteurs et de cette politique à savoir l'Etat et les ASACO. Une modification de cet arrêté est intervenue en 2013 par le décret 05-299 du septembre

modifié par l'arrêté N°13-711 du 02 septembre 2013 pour mieux préciser le principe de création et fonction des CSCOM.

3.4.1.3. Texte sur l'exonération des médicaments essentiels

Parallèlement à la libéralisation de l'exercice des professions médico-pharmaceutiques, est intervenue la liberté des prix des médicaments essentiels. Ainsi l'arrêté N°04-305 définit une liste de médicaments essentiels exonérés de toute taxe. Le contrat plan Etat-PPM s'est poursuivi avec comme mission confiée à la PPM de s'investir dans l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Ainsi la PPM passe progressivement des molécules de spécialité aux molécules génériques.

3.4.1.4. La convention d'Assistance mutuelle (CAM)

Aux termes de l'article 10 de l'arrêté N°94-5092, l'association de Santé Communautaire doit signer une convention avec le Ministre chargé de la santé publique. Cette convention détermine de façon précise les engagements réciproques de l'Etat et de l'Association de Santé Communautaire.

Cette convention est appelée Convention d'Assistance Mutuelle. Elle constitue un préalable à l'investissement de l'Etat. A travers ce contrat, l'ASACO s'engage à :

- Assurer à la place de l'Etat un service public minimum, le paquet minimum d'activités ;
- Participer au coût de construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Assurer les dépenses de fonctionnement du CSCOM et l'entretien de l'infrastructure ;
- Fournir au service socio-sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que des statistiques socio-sanitaires ;
- Déclarer officiellement le personnel ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;
- Tenir régulièrement le CG de l'aire de santé et participer aux CG du service socio-sanitaire de cercle ou de commune.

En contrepartie, l'état prend des engagements à :

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI ;
- Contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Equiper ou compléter l'équipement ;

- Renouveler le gros matériel médical ;
- Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;
- Assurer la formation initiale à la gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;
- Assurer la formation technique du personnel ;
- Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA.

3.4.2. Les textes réglementaires de la santé communautaires

3.4.2.1. Les statuts et règlements des ASACO

Les ASACO ont adopté des statuts et règlement intérieurs préparés par la première ASACO, adaptés en fonction des réalités locales de chaque ASACO.

L'expansion de la santé communautaire a conduit les différentes ASACO à s'organiser et à se regrouper pour mieux capitaliser leur expérience et amorcer un développement véritable. Ainsi en juillet 1994 les ASACO se regroupent au sein d'une fédération nationale appelé « Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM).

3.4.2.2. Statuts et règlement intérieur de la FENASCOM

Dans un souci d'harmonisation, cette dernière, lors de son dernier congrès ordinaire en novembre 1997 a adopté des statuts type pour l'ensemble des associations de santé communautaires. Cependant, ces différents statuts, conçus bien après la mise en place de la plupart de certaines ASACO, sont souvent en porte à faux avec les textes propres des ASACO. [12]

3.5. Organisation générale des ASACO

3.5.1. Rappels

3.5.1.1. Santé communautaire

La santé communautaire selon Rochon (Canada), est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. [12]

3.5.1.2. Association de Santé Communautaire (ASACO)

Une « ASACO » est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé

», qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé. [12]

3.5.1.3. Centre de Santé Communautaire (CSCOM)

Un « CSCOM » est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « ASACO ». [12]

3.5.1.4. Notion d'aire de santé

L'aire de santé est une zone couverte par un CSCOM. Le découpage d'un cercle en aires de santé donne la carte sanitaire du cercle. L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15km autour d'un CSCOM et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologiques. [12]

3.5.1.5. PMA

Il correspond à l'offre d'activités (ensemble des prestations) intégrées de soins de santé pour un CSCOM pour la population. [12]

3.5.1.6. Coût

Il se définit comme étant les dépenses d'une entreprise indispensables à la réalisation de son activité, c'est aussi le prix de revient d'un produit ou d'un service. [12]

3.5.2. Processus de mise en place du CSCOM

Un CSCOM est une structure sans but lucratif, pour cela, elle vise le recouvrement des coûts en appliquant une tarification modérée, accessible aux couches les plus démunies. Cette tarification est définie par les membres des organes de gestion du CSCOM au sein de l'ASACO. Les excédents dégagés par le système de recouvrement des coûts devant servir à l'amélioration des conditions de travail et à l'effort de qualité au sein de la structure de santé. Ainsi sa mise en place passe par le processus suivant : [12]

3.5.2.1. Constitution de l'ASACO

L'ASACO doit avoir un nom, une adresse, un objet et des représentants. Elle doit rédiger son Statut et son Règlement Intérieur.

L'ASACO doit obtenir de l'administration son récépissé de déclaration, seul document officiel prouvant son existence. Aussi elle doit effectuer une demande d'agrément pour son CSCOM [12].

3.5.2.2. Etude du milieu

C'est la monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire [12].

3.5.2.3. Approche communautaire

2.5.2-4. Elaboration du projet du CSCOM

- Engagements des différents partenaires (Etat, ONG...),
- Obtention de l'agrément,
- signature de la CAM (Convention d'Assistance Mutuelle) avec l'Etat [12].

2.5.3. Gestion d'un CSCOM

2.5.3.1. Transparence

La situation comptable produite doit refléter la situation réelle du centre. On ne doit rien cacher, rien omettre, rien transformer. Toutes les sorties d'argent (dépenses, crédits accordés, etc.) doivent être justifiées par des pièces comptables. Toutes les recettes doivent avoir une utilisation. Toutes les pièces comptables doivent être soigneusement conservées et disponibles. [12]

2.5.3.2. Maintenance du capital

Le capital (stock de médicaments, matériels et équipements, argent disponible en caisse ou en banque) ne doit pas diminuer mais doit augmenter pour couvrir l'accroissement des activités. [12]

2.5.3.3. Principe de séparation des comptes

Ce principe consiste à enregistrer séparément dans les supports comptables les recettes et les dépenses de la tarification ainsi que le dépôt. Les recettes du dépôt seront utilisées pour acheter les médicaments, payer le salaire du gérant et assurer les dépenses de fonctionnement du dépôt. Les recettes des actes seront utilisées pour les dépenses du dispensaire, de la maternité, du laboratoire, etc.

N.B : Il est admis qu'une partie des bénéfices réalisés sur la vente des médicaments soit utilisée pour appuyer la tarification si les recettes de cette dernière sont insuffisantes pour couvrir ses propres dépenses [12].

2.5.4. Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO

Selon les textes régissant les ASACO, elles doivent être dotées des structures dirigeantes suivantes :

2.5.4.1. L'Assemblée Générale (AG)

C'est l'organe suprême de l'ASACO. Il est composé de l'ensemble des représentants des villages de l'aire de santé.

Il :

- définit la politique générale de l'ASACO et définit ses grandes orientations,
- fixe le montant des frais d'adhésion et cotisations ainsi que les tarifs du CSCOM,
- définit les modalités d'adhésion à l'ASACO,
- fixe les salaires du personnel du CSCOM,
- décide du recrutement et du licenciement du personnel du CSCOM,
- valide les comptes et le rapport d'activités de l'année écoulée,
- vote le budget et le programme d'activité de l'année à venir,
- élit le conseil d'administration de l'ASACO,
- se tient au moins une fois l'an. [12]

2.5.4.2. Le Conseil d'Administration (CA)

Il est composé de membres élus en Assemblée générale. Il met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale. Il prépare l'ordre du jour de l'AG. Il présente le rapport d'activité de l'année passée, la situation comptable de l'année passée, le budget de l'année à venir et le rapport d'activité de l'année à venir. Il élit les membres du comité de gestion du CSCOM. La fréquence des réunions est fixée dans les statuts. [12]

2.5.4.3. Le Comité de Gestion (CG)

- Assure le suivi régulier de la gestion du CSCOM ;
- Contrôle et valide la comptabilité du CSCOM;
- Etablit les comptes de synthèse de fin d'année;
- Elabore le micro plan du CSCOM;

- Elabore le budget de l'année à venir ;
- Le nombre de membres composant le bureau et la périodicité des réunions sont fixés dans les statuts [12].

2.5.4.4. Le Comité de Surveillance (CS)

Il est chargé de la surveillance des activités du Comité de Gestion [12].

2.5.5. Gestion des ressources humaines

2.5.5.1. Le recrutement à l'ouverture du CSCOM

Personnel minimum

- Un chef de centre infirmier de 1^{er} cycle au minimum,
- Une matrone,
- Un gérant de dépôt (au minimum formation en comptabilité).

2.5.5.2. Les recrutements ultérieurs

Il faut faire un bon diagnostic de la situation du centre avant de décider de recruter.

L'ASACO :

- a le choix d'organiser le recrutement elle-même ou le confier à un autre organisme qui en a les compétences;
- doit être fortement représentée lors du recrutement;
- définit le profil des candidats ;
- recherche des candidats (annonces à la radio, journaux, affichages, etc..) ;
- présélectionne de candidats sur présentation de dossiers,
- réalise de tests techniques ;
- retient 3 à 5 candidats,
- Choisi le candidat final après un test de culture générale et d'autres aspects prenant en compte la capacité du postulant à intégrer le milieu, ses prestations salariales, etc. [12]

2.5.5.3. Le contrat du travail

2.5.5.3.1. Définition

Une convention en vertu de laquelle une personne, appelée employé, s'engage à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction de l'autorité d'une autre personne appelée employeur à la disposition. [12]

2.5.5.3.2. Formation du contrat

➤ Principes

- Le contrat peut être écrit ou verbal ;
- La preuve est libre (témoignage, indices, etc.) ;
- L'employé doit avoir au moins 21 ans ;
- Le contrat doit être conforme aux lois et règlements en vigueur au Mali ;
- Il faut le consentement.

➤ Exceptions

- Possibilité de faire un contrat avec un mineur ;
- Acte écrit du père ou du tuteur ;
- Contrat à durée déterminée obligatoirement écrit lorsqu'il dure plus de 3 mois [12].

2.5.5.3.3. Types de contrat

➤ Le contrat à durée déterminée

- Expressément écrit ;
- Durée maximum de 24 mois.

➤ Le contrat à durée indéterminée

- Non obligatoirement écrit ;
- Peut être rompu à tout moment [12].

2.5.5.3.4 Le licenciement

- Le contrat à durée déterminée ne peut être rompu avant son terme, sauf cas prévu dans le contrat, ou faute lourde, ou cas de force majeure.
- Le contrat à durée indéterminée peut être rompu à tout moment. Mais il est subordonné à un préavis notifié par écrit avec indication du ou des motifs. On informe l'inspecteur du travail par une lettre recommandée pour le travailleur présent depuis au moins 3 mois. L'inspecteur a 15 jours de délai pour émettre son avis. En cas de contestation l'employé peut se pourvoir devant le tribunal du travail.

Le système de soins à mettre en place doit mettre l'accent sur la réalisation du service public en favorisant l'accès de tous à des soins essentiels et de qualité. [12]

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé Communautaire de Garantiguibougou (ASACOGA), situé dans la Commune V du District de Bamako. La ville de Bamako est située de part et d'autre des deux rives du fleuve Niger. Elle couvre une superficie de 267 km² ; s'étend d'Ouest en l'Est sur 22 km et du Nord au Sud sur 12 km. En 2010, la population de la ville était estimée à 2 018 994 habitants Institut National de la Statistique (INSTAT, RGPH 2009).

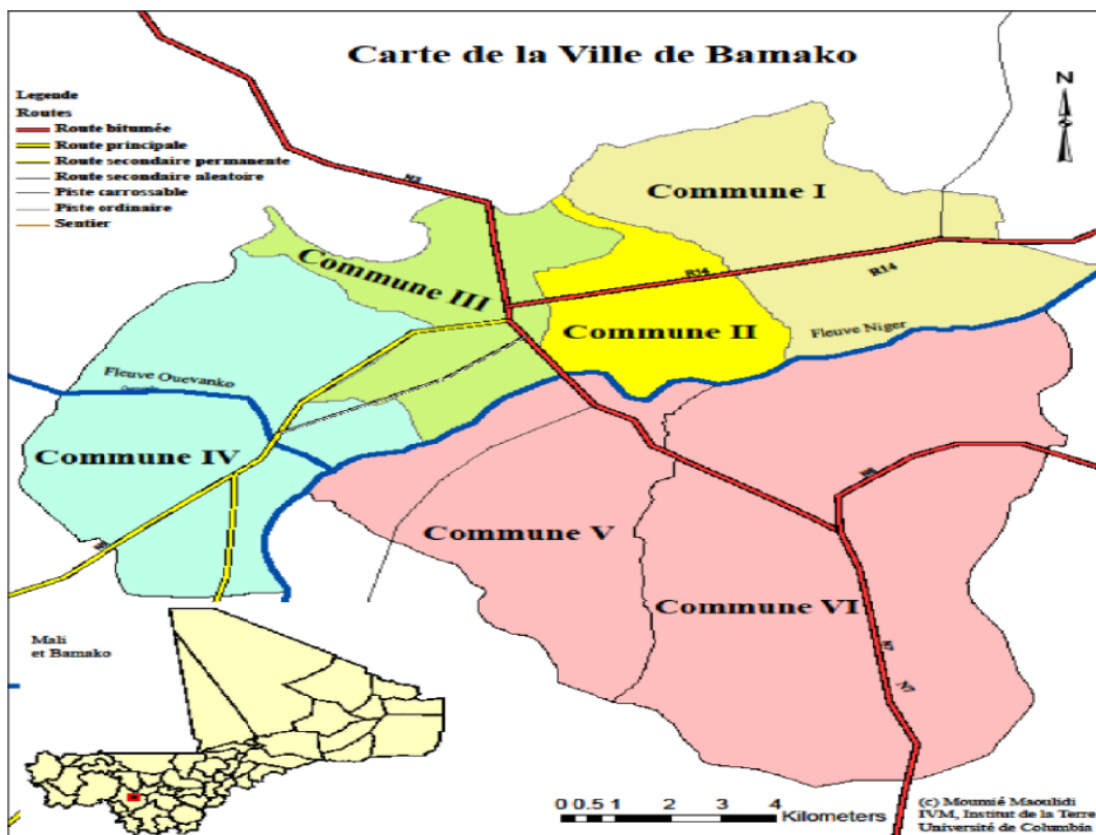


Figure 1 : Carte de Bamako

4.1.1. Présentation de la commune V :

Créée en même temps que les autres Communes de Bamako qui en comptent 6 (six) par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978, la Commune V est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
- la loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ;
- la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

La Commune V est constituée de huit quartiers dont 4 lotis et viabilisés (Badalabougou, Sema II, Quartier Mali, Torokorobougou), 3 lotis non viabilisés (Kalaban-coura, Daoudabougou, Sabalibougou), 1 partiellement loti (Bacodjicoroni). Pendant la saison sèche on note une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment la commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien financier. La Commune V couvre une superficie de 41,59 km²[13] pour une population de 293.481 habitants en 2007 dont 152 610 femmes (52% de la population totale) et 140 871 hommes (48% de la population totale), avec un taux d'accroissement de 5,1 (DNSI, 1998). La densité de la population est de 7057 habitants au Km². Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud Ouest Kalaban-Coro (Kati), à l'Est par la commune VI. Les ethnies dominantes sont les Bambara, les Soninké et les Peulh.

La Commune comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Neuf des quatorze aires de santé disposent d'au moins un Centre de Santé Communautaire fonctionnel.

4.1.2. Présentation de Garantiguibougou :

L'étude se réalise à Garantiguibougou, un quartier situé sur la rive droite du fleuve Niger en commune V du district de Bamako. Il est limité au nord-est par Sabalibougou, au nord-ouest par Adekène, et au sud par Kalaban-coura.

La population de Garantiguibougou était de 59400 habitants en 2009 (INSTAT, RGPH 2009), composée de bambara, peulh, sonrhaï, bobo, Sarakolé, dogon, malinké, etc. La langue la plus parlée est le bambara. Les religions pratiquées sont : L'islam, le christianisme et l'animisme. Le quartier de Garantiguibougou a un climat de type tropical sahélien avec deux saisons :

Une saison pluvieuse courte qui dure à peu près cinq mois, allant de juin à octobre, et une longue saison sèche qui couvre le reste de l'année.

La végétation est dominée par les manguiers qui sont aujourd'hui en voie de disparition à cause de l'urbanisation récente et accélérée du quartier. La population pratique diverses activités, la principale activité des habitants est le commerce.

4.1.3. Présentation de l'ASACOGA :

Historique :

L'Association de Santé Communautaire de Garantiguibougou a été créée le 31 décembre 1992, suivant récépissé n°1438 /MECATS-DNAT. Elle a été autorisée à créer son centre de santé communautaire le 05 octobre 1995.

L'ASACOGA a été depuis dirigée par plusieurs Conseils d'Administration avec des hauts et des bas. Elle traversa des périodes de crise profondes et des périodes très prolifiques. C'est à la suite d'une de ses crises ouvertes en Août 2012 que le Conseil d'Administration et le Comité de Surveillance ont Démissionné.

Par décision n°073/ MCV-DB les Autorités de la commune V en date du 01 mars 2013 « Une Commission provisoire de gestion de l'ASACOGA » est mise en place conformément aux recommandations des travaux de la 2^{ème} session du Conseil de gestion du 13 octobre 2012. Cette équipe se compose de 09 membres.

Depuis le CSCOM de Garantiguibougou est administré par cette équipe transitoire avec un statut particulier et une mission particulière.

- Le centre comprend les infrastructures ci-après :
 - une maternité comprenant une salle d'accouchement, une salle de consultation prénatale, une salle de repos et une salle de garde ;
 - une salle de consultation curative ;
 - une salle d'attente ;
 - une salle de soins ;
 - un dépôt de médicament (pharmacie) ;
 - une chambre pour le gardien ;
 - un laboratoire tenu par un privé ;
 - deux (02) toilettes.

Ces unités sont tenues propres et fonctionnent à la satisfaction générale.

- Les activités menées au CSCOM de Garantiguibougou :

La consultation curative, la consultation prénatale, la consultation préventive des enfants, les accouchements, la consultation post natale, la planification familiale, la vaccination, les

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

démonstrations nutritionnelles, les soins infirmiers, les IEC, le laboratoire d'analyses biomédicales, les stratégies avancées, la vente de médicament dirigé par un gérant.

➤ Les autres unités :

- Une unité de lutte contre la tuberculose dirigée par l'infirmier major en partenariat avec le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

La recherche du VIH est systématique chez tous les malades tuberculeux au centre de santé de Garantiguibougou.

- Une unité de lutte contre le VIH/SIDA.
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère / Enfant du VIH) dirigée par une sage femme.
- Le CSCOM mène des activités de santé curative, préventive et promotionnelle.
- les consultations de médecine générale sont généralement faites par deux docteurs en médecine.
- les soins infirmiers sont dispensés par l'infirmier major et les aides soignants.
- Les CPN sont effectuées par les sages-femmes.
- Les accouchements sont effectués par les sages femmes et les infirmières obstétriciennes. Les femmes peuvent venir accoucher au centre à tout moment de la journée de jour comme de nuit.
- Les visites post natale sont effectuées par les sages femmes et les matrones, les femmes sont invitées à s'y présenter une semaine après l'accouchement.
- Les vaccinations : elles sont réalisées conformément aux règles du PEV national.
- La planification des naissances : elle est assurée par les sages femmes, parfois par les matrones sous la responsabilité de la sage femme et les méthodes sont : la contraception par voie orale et celle par voie injectable.
- les activités nutritionnelles.
- l'établissement de l'acte de déclaration de naissance des enfants est assuré par les sages femmes tous les jours sauf les samedis et dimanche.

4.2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période allant de 30 Janvier 2014 au 20 Février 2015 soit une période de 13 mois.

4.3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, rétrospective. Pour mener cette étude deux (2) types d'études ont été effectués :

4.3.1. Une étude rétrospective :

Elle était basée sur l'étude des activités menées par le centre de santé de Garantiguibougou du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2013. La collecte des données a été effectuée à partir des registres d'activités du centre. Elle permettrait de mesurer le volume d'activités réalisées par le centre de santé.

4.3.2. Une étude transversale :

Deux méthodes ont été réalisées :

- La méthode probabiliste pour la population par sondage en grappe car nous n'avions pas une liste des ménages ;
- La méthode non probabiliste (raisonné) pour le personnel, les organes provisoires de gestion.

4.4. Population d'étude :

La population d'étude a concerné l'ensemble des habitants vivant dans l'aire de santé de Garantiguibougou âgés de 18 ans au moins. Ces habitants doivent bien évidemment satisfaire les critères d'inclusion et accepter de faire partie de l'étude.

Les unités d'observations (unités statistiques) seront représentées par les adultes hommes et femmes présents au moment de l'étude, le président du comité provisoire de gestion, le vice-président de la commission provisoire de gestion, le trésorier, le médecin chef, le médecin adjoint, les sages femmes, les laborantins, les pharmaciens, les infirmières, les matrones, le gardien et le manœuvre.

Toutes les enquêtes seront conduites sur les critères ci-après :

4.4.1. Critères d'inclusion :

- Personnel de santé exerçant dans le CSCOM de Garantiguibougou.
- Toute personne faisant parti de la commission provisoire de gestion (CPG).
- Tout utilisateur du CSCOM quel que soit le sexe.

4.4.2. Critères de non inclusion :

- Refus de participer à l'enquête.
- Toute personne absente lors de l'enquête.

4.5. Les variables étudiées seront :

4.5.1. Les variables liées aux membres du CA :

➤ **variable quantitative :**

- Durée au poste
- Année de création de l'ASACO
- Le nombre de membres que composé l'ASACO
- Le nombre de femme que compte le bureau de l'ASACO
- L'année de création du CSCOM
- Le nombre de réunion tenue au cours de l'année
- Le nombre de procès-verbaux disponibles
- L'effectif fonctionnel des membres du bureau aux réunions
- La date de la dernière assemblée générale
- Le nombre de personnel dans le centre

➤ **Les variables qualitatives :**

- Poste occupe
- L'idée de création de l'association
- L'élection des membres du bureau de l'ASACO
- L'apport de la communauté dans la création du CSCOM
- les activités de sensibilisation menée par l'ASACO
- La tenu des réunions périodiques
- La disponibilité des procès-verbaux
- La disponibilité des membres du bureau aux réunions
- La disponibles des rapports d'activité
- La tenue de l'assemblée générale l'année passée
- La signature des conventions d'assistance mutuelle
- Les signateurs de la convention d'assistance mutuelle
- La tenue du respect des engagements de la CAM
- L'alimentation de la caisse de référence évacuation
- Le principe de recrutement du personnel contractuel
- Le niveau de qualification du personnel
- La nature de payement du personnel
- Le siège de l'association
- Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre

4.5.2. Les variables liées aux membres du CG :

➤ **Les variables quantitatives :**

- Durée au poste
- Le nombre des membres du bureau
- Le nombre de réunion au cours de l'année 2013
- Le nombre de procès-verbaux disponible
- Le budget prévu

➤ **Les variables qualitatives :**

- Poste occupé
- L'élection des membres du bureau de conseil de gestion par le conseil d'administration

- La tenue des réunions périodiques
- La disponibilité des procès-verbaux
- La disponibilité des membres du bureau aux réunions
- La vérification journalière des comptes
- Le décaissement des fonds
- Les rapports de la situation comptable de l'année passée
- Les rapports de budget prévisionnel pour l'année en cours
- Le niveau d'exécution du budget prévu
- Le micro-plan élaboré au niveau du CSCOM
- Le programme d'activités élaboré par l'association
- Les contrôles de gestion par la mairie
- Les préoccupations auxquelles souhaitez avoir un appui financier
- Les projets de formations et/ou de promotion à l'endroit du personnel du centre
- Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

4.5.3. Les variables liées à l'organisation des services techniques

➤ **La variable quantitative :**

- Le tarif des cartes de membre

➤ **: Les variables qualitatives :**

- Le bureau d'accueil et d'information pour les patients
- L'organigramme affiché dans le centre
- Les plaques d'identification au niveau des unités de prestations
- Les panneaux d'affichage indiquant les tarifs des actes médicaux, les tarifs des médicaments et les tarifs du laboratoire
- Les panneaux d'affichage indiquant les conditions et avantages liées à l'adhésion de l'ASACO
- Les cartes d'adhésions
- Les carnets de reçu pour chaque prestation

4.5.4. Les variables liées aux personnels du centre :

➤ **Les variables quantitatives :**

- Age
- La durée au centre

➤ **Les variables qualitatives :**

- Qualification
- Poste
- Sexe
- La Durée de travaillez-vous dans ce centre
- La réunion du personnel
- Les objectifs du centre
- Les conditions de travail des personnels
- La motivation du personnel dans le travail
- La formation et/ou la promotion du personnel de la part de l'ASACOGA et/ou du Centre
- Les missions d'évaluation du centre
- Les relations entre les membres du personnel
- Le médiateur du centre
- Les ressources générées par le centre
- Les causes d'insuffisances dans l'utilisation des services offerts par le CSCOM

- Les suggestions pour une meilleure viabilité du CSCOM

4.5.5. Les variables liés aux usagers du centre :

➤ Le variable quantitatif :

- Age

➤ Les variables qualitatives :

- Sexe
- Niveau d'alphabétisation
- La Connaissance de l'existence de l'ASACOGA
- L'accessibilité géographique du centre
- L'accueil et l'orientation vers les différents services de prestations du centre
- Le temps d'attente au centre
- Les prestations du centre
- Le tarif des différents services de prestations
- La nature de consultation
- Les informations sur le diagnostic de la maladie

- L'explication de l'ordonnance

- La disponibilité des examens complémentaires au sein du centre
- Le niveau de satisfaction par rapport aux services offerts
- La possession de la carte d'adhésion
- Le renouvellement de la carte d'adhésion
- Les suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par le CSCOM
- Etat du bâtiment

- Propreté de la cours

- Propreté des toilettes publiques
- Les recettes
- Les dépenses

4.6. Echantillonnage :

4.6.1. Méthodes :

Deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées dans notre étude :

- La méthode probabiliste
- La méthode non probabiliste

4.6.2. Techniques :

- la méthode probabiliste a utilisée la technique d'échantillonnage aléatoire en grappe à 2 degrés :
- Le premier degré a porté sur le choix aléatoire de l'aire de santé de Garantiguibougou parmi les 12 autres aires de santé de la Commune V. Le nom de chacun des CSCOM a été porté sur un bout de papier, plié et mis dans une boîte. Un tirage aléatoire simple

sans remise a été faite pour le choix du CSCOM. L'aire de santé de ce CSCOM a fait l'objet de notre étude.

- Le deuxième degré a porté sur le choix aléatoire des concessions dans lesquelles l'entretien s'est déroulé. La marie était considérée comme étant le centre de l'aire de santé de l'ASACOGA. Nous avons utilisé la méthode EPI pour le choix de la première concession.

Dans la rue, les concessions ont été numérotées et nous avons procédé à un tirage au sort. Après un tirage aléatoire de la 1^{ère} concession, nous avons additionné le chiffre 05 aux numéros précédemment obtenus jusqu'à l'obtention de l'effectif requis. Dans chaque concession sélectionnée, toutes les personnes remplissant les critères d'inclusion avaient été enquêtées.

➤ la méthode non probabiliste

La technique d'échantillonnage a été le choix raisonné pour les membres des organes de gestion de l'ASACOGA et du personnel du CSCOM.

4.7. Taille de l'échantillon :

- ASACO: Nous allons procéder aux choix raisonné pour le président du comité provisoire de gestion, le vice-président du commission provisoire de gestion (CPR) et le trésorier du comité provisoire de gestion, soit un effectif de 03 membres.
- CSCOM : le choix serait raisonné pour le médecin-directeur, le médecin-adjoint, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignantes, les laborantins, les matrones, les gérants du dépôt, le comptable, le manœuvre et le gardien, soit un effectif de 27 personnels.
- Au niveau des utilisateurs : La population de l'aire de sante de l'ASACOGA a été estimée à 46969 habitants en 2013[14] et le nombre de concessions de la zone du quartier de Garantiguibougou étaient estimés à 3910 concessions, INSTAT (Institut national des statistiques) [15].

L'échantillonnage voulu est obtenu par la formule de Daniel Schwartz :

$$n=(z^2 pq/i^2)\times 2$$

n= taille de l'échantillon

z = paramètre lié au risque d'erreur (z=1,96 pour un risque de 5%)

P= prévalence attendue de la fréquentation du centre de santé par la population, elle est exprimée en fraction de 1 ; pour notre étude elle est de 0,32.

$q=1-p$; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1 ; $q=0,68$.

i = précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en

Fraction de 1 et évaluée à 0,05.

d = effets grappes ; $d=2$

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage est de :

$$n = (2^2 \times 0,32 \times 0,68 / 0,05^2) \times 2 = 696 \text{ cas}$$

En intégrant les 10% de non réponse, notre étude a concerné un total de 765 usagers comme taille minimale. La taille de l'échantillon de notre étude a finalement été 770 usagers eus égard à l'effectif de la population de l'aire de santé du CSCOM de Garantiguibougou.

Pas de sondage :

Le pas de sondage avait été calculé par la formule suivante : nombre de concessions \div Taille de l'échantillon = $[3910 \div 770] = 5$

4.8. Technique et outils de collecte des données :

- Technique : les informations avaient été collectées a travers des entretiens effectués face à face au sein de la population de l'aire de santé, des agents de santé, des membres des organes de gestion et l'exploitation documentaire dans le CSCOM.
- Outils : Trois questionnaires avaient été utilisés pour notre enquête (un questionnaire pour les membres de l'ASACO, un deuxième pour les agents du CSCOM, et enfin un troisième pour les habitants de l'aire de santé.

4.9. Plan de collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir des:

- Registres des différentes activités menées par le centre de santé : le registre des consultations curatives, le registre du laboratoire d'analyses biomédicales, le registre des consultations prénatales et le registre de la pharmacie;
- Questionnaires adressés au personnel du centre, aux membres des organes de gestion de l'ASACOGA et à la population de l'aire de santé du CSCOM de Garantiguibougou.
- Calcul des indicateurs de performances ;

Les indicateurs financiers de productivité utilisés ont été calculés comme suit :

1) Taux de bénéfice brut des médicaments = $\frac{\text{bénéfice brut (BB)}}{\text{vente des médicaments}}$ *avec*

○ BB = vente des médicaments – prix d’achat (PA) des médicaments vendus

○ PA des médicaments vendus = valeurs stock initial + achat – valeurs stock final

2) Taux de couverture des médicaments

$$= \frac{\text{vente médicaments}}{\text{PA médicaments} \times \text{coefficient de vente}}$$

3) Taux de couverture de la tarification

$$= \frac{\text{recette tarification}}{\text{charges liées à la tarification (salaires, fonctionnements...)}}$$

4) Taux d’équilibre de la gestion du dépôt

$$= \frac{\text{chiffre d’affaire (CA) pharmacie}}{\text{total des charges liées à la pharmacie}}$$

CA = chiffre d’affaire

5) Taux d’équilibre des prestations

$$= \frac{\text{CA prestation}}{\text{charges fonctionnements des actes médicaux}}$$

6) Ratio de productivité

- Productivité financière du personnel soignant

$$= \frac{\text{CA tarification}}{\text{total charges du personnel soignant}}$$

- Productivité financière du médecin

$$= \frac{\text{CA des consultations (tarification)}}{\text{salaire du médecin}}$$

- Productivité financière de la sage-femme

$$= \frac{\text{CA de la maternité}}{\text{salaire de la sage-femme}}$$

- Productivité technique du personnel soignant

$$= \frac{\text{nombre d’actes médicaux}}{\text{recettes tarification}}$$

- Productivité technique du médecin

$$= \frac{\text{nombre d’actes du médecin}}{\text{salaire du médecin}}$$

- Productivité technique de la sage-femme

$$= \frac{\text{nombre d’actes de la sage-femme}}{\text{salaire de la sage-femme}}$$

- Productivité technique de l’infirmière-obstétricienne

$$= \frac{\text{nombre d’actes de l’infirmière-obstétricienne}}{\text{salaire de l’infirmière-obstétricienne}}$$

- Productivité technique de la matrone

$$= \frac{\text{nombre d'actes de la matrone}}{\text{salaire de la matrone}}$$

- Productivité technique du technicien de laboratoire

$$= \frac{\text{nombre d'analyse biomédicale du technicien de laboratoire}}{\text{salaire du technicien de laboratoire}}$$

Pour le calcul de la productivité technique des agents :

- ✓ Consultation curative

Nous avons pris en compte l'activité et le salaire des deux médecins.

- ✓ Maternité

Nous avons supposé que :

Les CPN, CPON, PF étaient réalisées à 50% par la sage-femme et à 50% par l'infirmière-obstétricienne.

L'accouchement était réalisé à 50% par la sage-femme, 30% par l'infirmière-obstétricienne et 20% par les deux matrones;

- ✓ La vaccination était-elle réalisée par les deux matrones.

- Adéquation des ressources humaines

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{population de l'aire de santé}}{\text{nombre de personnel}} \\ &= \frac{\text{population de l'aire de santé}}{\text{nombre de médecin}} \\ &= \frac{\text{population de l'aire de santé}}{\text{nombre de sage – femme}} \\ &= \frac{\text{population de l'aire de santé}}{\text{nombre d'infirmier}} \\ &= \frac{\text{population de l'aire de santé}}{\text{nombre de technicien de laboratoire}} \\ &= \frac{\text{nombre moyen de consultation/mois}}{\text{nombre de consultants}} \\ &= \frac{\text{nombre moyen d'accouchement/mois}}{\text{nombre de sage – femme ou matrones}} \\ &= \frac{\text{nombre de consultations curatives}}{\text{nombre de personnel soignants}} \end{aligned}$$

4.10. Saisies et analyses des données :

Après le nettoyage et le dépouillement manuel des différents supports (fiches), la saisie des données fut faite sur le logiciel Epi Data 3.1. Les données saisies ont été importées sur le logiciel Microsoft Office Excel (version 2007) et ensuite analysées sur le logiciel SPSS (version 21.0). Les tableaux ont été produits à partir de Microsoft Office Excel 2007 et le texte a été saisi sur Microsoft Word (version 2007).

4.11. Considérations Ethiques :

Avant de commencer notre enquête, nous avons pris contact avec le CSRef de la Commune V, la Mairie de la Commune V, le président de l'ASACOGA et le chef de quartier de Garantiguibougou pour leur expliquer les objectifs visés par notre étude afin d'obtenir leur approbation et leur appui. Au cours de l'enquête, dans chaque concession tirée au hasard nous avons d'abord demandé l'accord du chef de famille ; s'il est absent celui de son représentant. Ensuite nous avons soumis à tous ceux qui désiraient répondre à nos questions une fiche de consentement volontaire relative à notre étude, notamment le but visé d'une part et notre attente d'autre part. Après l'obtention de leur consentement volontaire éclairé, nous les avons interrogés tout en respectant les trois conditions suivantes de notre enquête : le respect de la personne humaine, l'anonymat et la confidentialité.

5. RESULTATS

5.1. Rôle de l'ASACO

❖ Du point de vue des organes de l'ASACO

A l'ASACOGA, le conseil d'administration et le comité de surveillance étaient absents. Il existait une commission provisoire de gestion (CPG) ou commission de gestion de crise mise sur place conformément aux recommandations des travaux de la 2^{ème} session du Conseil de gestion du 13 octobre 2012. Cette commission comptait neuf membres dont deux représentantes du genre féminin au sein du bureau. Cette CPG se réunissait mensuellement et avait convoqué une assemblée générale (AG) le 02 Juin 2013. Le CPG avait un statut particulier et avait pour mission particulière :

- veiller au fonctionnement régulier et correct du Centre de Santé Communautaire de Garantiguibougou ;
- garantir rapidement une bonne gestion des deniers en vue d'une véritable autonomie financière ;
- procéder à l'organisation des élections conformément aux dispositions statutaires ;
- tenir les Assemblées Générales d'information de la population

❖ Du point de vue de la Convention d'Assistance Mutuelle (CAM)

Il existe entre l'ASACOGA et la mairie de la Commune V une Convention d'Assistance Mutuelle (CAM). Malheureusement cette signature est restée sans suite parce que le comité paritaire mis en place par la commission n'a pas fonctionné depuis sa signature. Cependant l'ASACOGA a bénéficié du soutien moral, technique et financier de la mairie pendant la crise d'Août 2012. Elle appuie également l'ASACOGA avec du personnel.

Quant à la caisse de référence-évacuation adoptée en 2009, elle n'a connu aucune mise en œuvre. Le comité de gestion de la caisse de solidarité de la référence-évacuation n'a pas fonctionné. L'ASACOGA qui avait payé sa cotisation n'a reçu aucun compte rendu des activités menées.

5. 2.Organisation des services techniques de l'ASACOGA

Au niveau de l'ASACOGA il existe:

- Un bureau d'accueil et d'informations pour les patients ;
- Un organigramme définissant l'organisation fonctionnelle du centre ;
- Un tableau de tarifs indiquant les prix des prestations et diverses analyses de laboratoire ;
- Un tableau comportant les conditions d'adhésion, ainsi que les avantages qui y sont liés ;
- Des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestation ;

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

- Des cartes d'adhésion ;
- Des carnets de reçu pour chaque prestation.
- Il n'existait pas de tableau indiquant le prix des médicaments.

Tableau I: Répartition du personnel de l'ASACOGA selon le nombre d'années de service.

Nombre d'années	Effectifs	Pourcentage
<1 an	2	7,4
1-3 ans	4	14,8
4-6 ans	6	22,2
>6 ans	15	55,6
Total	27	100,0

Des 27 agents du centre 15 avaient plus de 6 années de service soit 55,6 %.

Tableau II: Répartition de l'effectif des salariés du CSCOM par catégorie et par source de financement en 2014.

Personnel	Categories de salaires				Total
	Etat/Collectivité	Fonds PPTE	Privé	ASACO	
Médecin	1	1	0	0	2
Sage-femme	2	1	0	2	5
Infirmier	3	1	0	1	5
Matrone	0	0	0	2	2
Aide-soignante	0	0	0	5	5
Technicien de laboratoire	0	0	2	0	2
Gérant du dépôt	0	0	0	3	3
Comptable/gestionnaire	1	0	0	0	1
Secrétaire	0	0	0	1	1
Manœuvre/Gardien	0	0	0	1	1
Effectif du Centre	7	3	2	15	27
Pourcentage (%)	25.9	11.1	7.4	55.6	100.0

On constate que plus de la moitié des salariés soit 55,6% étaient payée par l'ASACO suivi des fonctionnaires de l'état 25,9% et du font PPTE 11,1%. Il faut noter que le personnel du laboratoire au nombre de deux(2) exerçait dans le privé.

Tableau III: Répartition du personnel selon la satisfaction des conditions de travail

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Oui	16	59,3
Non	11	40,7
Total	27	100,0

Plus de la moitié du personnel 59,3% se dit satisfait des conditions de travail.

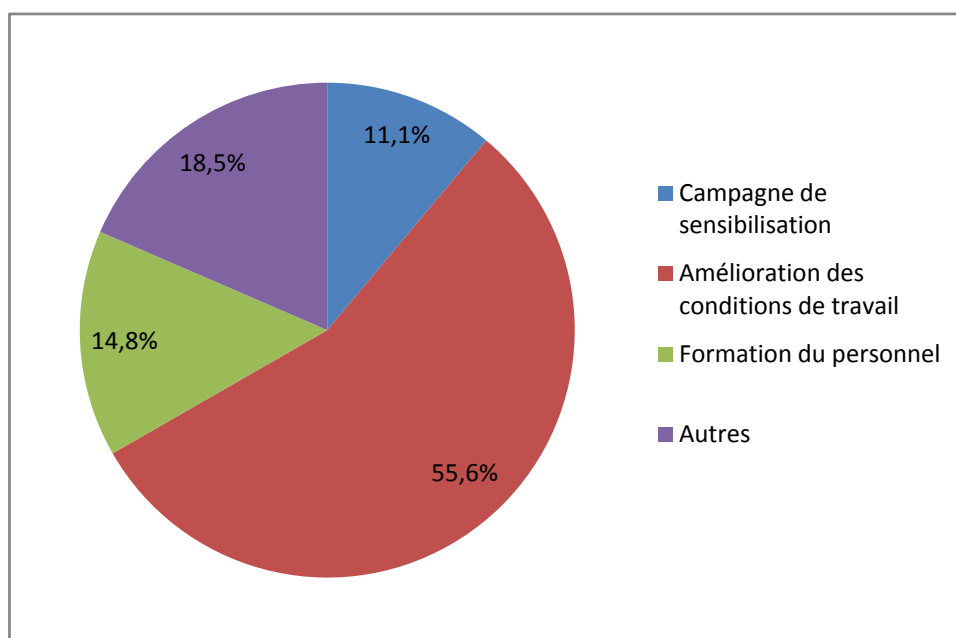


Figure 2: Répartition du personnel de l'ASACOGA selon les suggestions faites pour une meilleure viabilité du CSCOM en 2014.

La majorité du personnel soit 55,6% suggérait une amélioration des conditions de travail.

5.3. Performances techniques du CSCOM de Garantiguibougou.

Tableau IV: Tarification des actes du CSCOM de Garantiguibougou en 2014.

Actes	Tarification	
	ADHERENTS	NON ADHERENTS
Consultation	300 FCFA	600 FCFA
Pansement	250 FCFA/Semaine	500 FCFA/Semaine
Injection	250 FCFA /3 séances	250 FCFA /3 séances
Incision /Suture	600 FCFA	1250 FCFA
Perfusion	1000 FCFA /les 3 perfs	1000 FCFA/les 3perfs
Inscription CPN	1300 FCFA	1300 FCFA
CPN ancienne	200 FCFA	200 FCFA
CPON	Gratuit	Gratuit
Accouchement	1250 FCFA	2500 FCFA
Consultation enfant sain	750 FCFA	750 FCFA
PEV	Gratuit	Gratuit

Le tarif de la consultation médicale pour adhérents et non adhérents était de 300 FCFA et 600 FCFA, celui de l'accouchement était de 1250 FCFA pour adhérents et 2500 FCFA pour non adhérents par contre il n'y avait pas de tarif adhérent et non adhérent pour les autres activités à part l'injection et la perfusion.

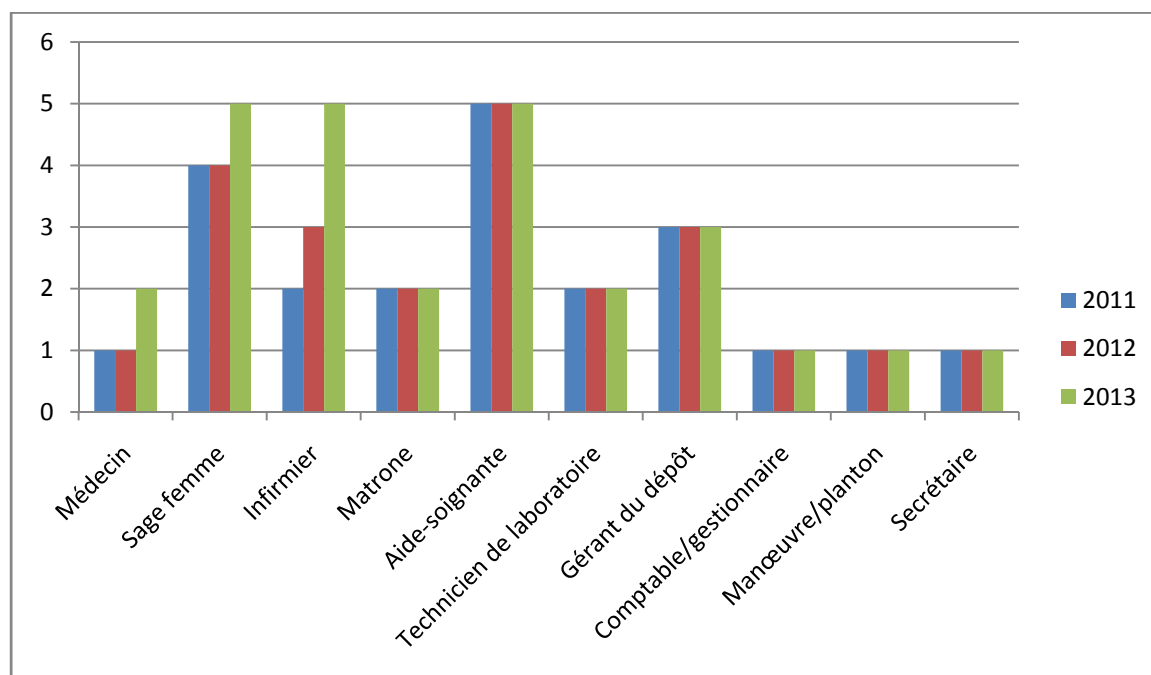


Figure 3: Evolution du personnel du Centre de santé de 2011 à 2013.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Nous avons observé une augmentation du nombre de personnel de 22, 23 et 27 respectivement en 2011, 2012 et 2013.

Tableau V: Evolution des analyses réalisées au CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.

Analyses	Type	2011	2012	2013
Hématologie	Groupagerhésus	2148	325	987
	Tauxd'hémoglobine	514	209	1325
	Test d'Emmel	219	166	208
Parasitologie	Goutteépaisse	2109	1 194	7302
	Toxoplasmose	378	132	588
Sérologie	Widal	1463	1147	3302
	BW	350	176	1023
	Rubéole	150	60	97
Autres	Albumine-sucre	500	222	252
	Glycémie	580	335	405
Total		8411	3966	15489

Le nombre d'analyse avait diminué en 2012 mais par contre augmenté en 2013 de façon significative.

❖ **Évolution des indicateurs de performances de l'ASACOGA durant les trois dernières années**

Tableau VI: Indicateurs de productivité financière du centre en 2013.

Indicateurs	2011	2012	2013
A- Productivité financière			
1 Productivité financière du personnel soignant	-	-	2,37
Chiffre d'affaire tarification	-	-	25 742 250
Total charges du personnel soignant	-	-	10 840 807
2 Productivité financière du médecin	-	-	15,32
Chiffre d'affaire tarification	-	-	25 742 250
Salaire des médecins	-	-	3 360 000
3 Productivité financière de la sage-femme	-	-	1,44
Chiffre d'affaire de la maternité	-	-	5 555 300
Salaire de la sage-femme	-	-	3 870 000

Il a été observé que la productivité financière du personnel soignant était de 2,37 en 2013, celle du médecin était de 15,32 en 2013. Nous n'avons pas pu apprécier l'évolution car la productivité financière en 2011 et 2012 n'a pas pu être obtenue à cause de l'absence de la situation comptable durant ces deux années.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau VII: Evolution des indicateurs de productivité technique du personnel de 2011 à 2013.

Indicateurs	2011	2012	2013
B-Productivité technique			
1 Productivité technique annuelle des médecins	0,0075	0,0069	0,0080
Nombres d'actes annuels de médecins	16 218	14 912	34 830
Salaire annuel du médecin	2 160 000	2 160 000	4 320 000
2 Productivité technique mensuelle du médecin	0,0075	0,0069	0,0080
Nombres d'actes mensuels du médecin	1 351	1 242	1 451
salaire mensuel du médecin	180 000	180 000	180 000
3 Productivité technique annuelle de la sage-femme	0,002	0,001	0,001
Nombres actes annuels de la sage-femme	2 089	1 236	1 200
Salaire annuel de la sage-femme	1 152 000	1 152 000	1 152 000
4 Productivité technique mensuelle de la sage-femme	0,002	0,001	0,001
Nombres d'actes mensuels de la Sage-femme	174	103	100
Salaire mensuel de la sage-femme	96 000	96 000	96 000
5 Productivité technique annuelle de l'infirmière-obstétricienne	0,0005	0,00045	0,0010
Nombres d'actes annuels de l'infirmière-obstétricienne	480	432	961
Salaire annuel de l'infirmière-obstétricienne	960 000	960 000	960 000
6 Productivité technique mensuelle de l'infirmière-obstétricienne	0,00050	0,00045	0,0010
Nombres d'actes mensuels de l'infirmière-obstétricienne	40	36	80
Salaire mensuel de l'infirmière-obstétricienne	80 000	80 000	80 000
7 Productivité technique annuelle de la matrone	0,00098	0,00090	0,0012
Nombres d'actes annuels de la matrone	705	651	879
Salaire annuel de la matrone	720 000	720 000	720 000
8 Productivité technique mensuelle de la matrone	0,00098	0,00090	0,0012
Nombres d'actes mensuels de la matrone	59	54	73
Salaire mensuel de la matrone	60 000	60 000	60 000

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Indicateurs	2011	2012	2013
B-Productivité technique (suite)			
9 Productivité technique annuelle du technicien de laboratoire	-	-	-
Nombres d'analyses annuelles du technicien de laboratoire	8 411	3 966	15 489
Salaire annuel du technicien de laboratoire	-	-	-
10 Productivité technique mensuelle du technicien de laboratoire	-	-	-
Nombres d'analyses mensuelles du technicien de laboratoire	701	331	1 291
Salaire mensuel du technicien de laboratoire	-	-	-

Il a été observé que la productivité technique du médecin était de 0,0075 en 2011, 0,0069 en 2012 et 0,0080 en 2013.

Tableau VIII: Evolution des ressources humaines du CSCOM de Garantiguibougou de 2011 à 2013.

Indicateurs	2011	2012	2013
C-Ressources humaines			
Nombre de médecins	1	1	2
2 Nombre habitant / médecin	33 911	44 437	23 485
Nombre de sages-femmes	4	4	5
3 Nombre d'habitant/ sage-femme	8 478	11 119	9 394
Nombre d'infirmiers	2	2	3
4 Nombre d'habitant / infirmier	16 956	22 219	15 656
Nombre de techniciens de Laboratoire	2	2	2
5 Nombre d'habitant/Technicien de Laboratoire	16 956	22 219	23 485
Nombre moyen de consultations mensuelles	1 351	1 242	1 451
Nombres de consultants	1	1	2
6 Ratio moyen des consultations	1 351	1 242	726
Nombre moyen d'accouchements mensuels	174	103	100
Nombre de sages-femmes	4	4	5
7 Ratio moyen des accouchements	44	26	20
Nombre de consultations curatives annuelles	16 218	14 912	17 415
Nombre de personnel soignant	14	15	19
8 Ratio de consultations curatives	1 158	994	917

Nous observons qu'il y avait 1 médecin/33 911 habitants en 2011; 1 médecin/44 437 habitants en 2012 et 1 médecin/23 485 habitants en 2013 ; ce Ratio était largement supérieur à la norme recommandée par l'OMS: 1médecin/10 000 habitants.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau IX: Ressources financières de l'année 2013.

Indicateurs	2011	2012	2013
Ressources financières			
1 Taux de bénéfice brut en médicaments	-	-	0,29
Bénéfice brut	-	-	14 734 587
Vente	-	-	51 270 300
Achat	-	-	36 535 713
2 Taux de recouvrement des médicaments	-	-	1,08
Vente	-	-	51 270 300
Achat x Coefficient (1,30)	-	-	47 496 427
3 Taux d'équilibre des prestations	-	-	0,84
Recettes des prestations	-	-	25 742 250
Dépenses des prestations (charges)	-	-	30 587 188
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	-	-	1,26
Recettes de la pharmacie	-	-	51 270 300
Dépenses de la pharmacie (charges)	-	-	40 735 373
5 Taux d'équilibre du CSCom	-	-	1,08
Recettes totaux	-	-	77 012 550
Dépenses totaux	-	-	71 322 561

Nous notons que le taux d'équilibre des prestations était 0,84 en 2013; celui de la pharmacie était de 1,26. On constate qu'il y a un mauvais équilibre du taux de recouvrement des médicaments, normalement égale à 1. Les données de 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

❖ **Evolution des recettes et des dépenses de l'ASACOGA de 2011 à 2013.**

Tableau X: Dépenses de la tarification au cours de l'année.

Dépenses	2011	2012	2013
Achats consommable médical	-	-	631 000
Achats support de gestion	-	-	2 208 000
Achats fourniture bureau	-	-	224 750
Entretien et réparation	-	-	253 700
Fourniture d'entretien	-	-	83 450
salaire du personnel	-	-	10 840 807
Autres dépenses	-	-	16 345 481
Total	-	-	30 587 188

Les comptes de résultat pour l'année 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles. A noter que dans les autres dépenses sont inclus les deux mois d'arriérés de salaire impayé du personnel, des arriérés d'Eau et d'Electricité durant l'année 2012.

Tableau XI: Dépenses de la pharmacie au cours de l'année.

Dépenses	2011	2012	2013
Achats médicament	-	-	37 505 552
Variation de stock	-	-	(-)969 839
frais sur achat médicaments	-	-	35 500
Achat fourniture bureau	-	-	40 000
Achat support gestion	-	-	457 250
Salaire gérant	-	-	3 253 910
Charges sociales du gérant	-	-	413 000
dotation aux amortissements	-	-	0
Total	-	-	40 735 373

Les résultats de 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles. Les dépenses de la pharmacie étaient importantes en 2013 ; 40 735 373.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XII: Recettes de la tarification au cours de l'année 2013.

Recettes	2011	2012	2013
Ventes de tickets	-	-	16 168 900
Subventions	-	-	0
Autres recettes	-	-	9 573 350
Total	-	-	25 742 250

Les comptes de résultat de l'année 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles. Les autres recettes en 2013 étaient constituées par les recettes des accouchements, des CPN, du laboratoire etc... . Pas de subventions.

Tableau XIII: Recettes de la pharmacie au cours de l'année 2013.

Recettes	2011	2012	2013
Vente des médicaments	-	-	51270 300
Subventions	-	-	0
Total	-	-	51 270 300

Les comptes de résultat pour l'année 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles. La pharmacie a fait une recette importante de 51 270 300 en 2013. Pas de subventions.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XIV: Récapitulatif des résultats des dépenses et des recettes de l'ASACOGA au cours des trois dernières années.

Résultat	Années	Recettes	Dépenses	Solde
Pharmacie	2011	-	-	-
	2012	-	-	-
	2013	51 270 300	40 735 373	(+) 10 534 927
Tarification	2011	-	-	-
	2012	-	-	-
	2013	25 742 250	30 587 188	(-) 4 844 938

Un solde déficitaire a été observé pour la tarification au cours de l'année 2013. Par contre un solde bénéficiaire a été observé pour la pharmacie au cours de la même année. Les résultats des années 2011 et 2012 n'étaient pas disponibles.

5.4. Niveau de satisfaction des usagers du CSCOM de Garantiguibougou.

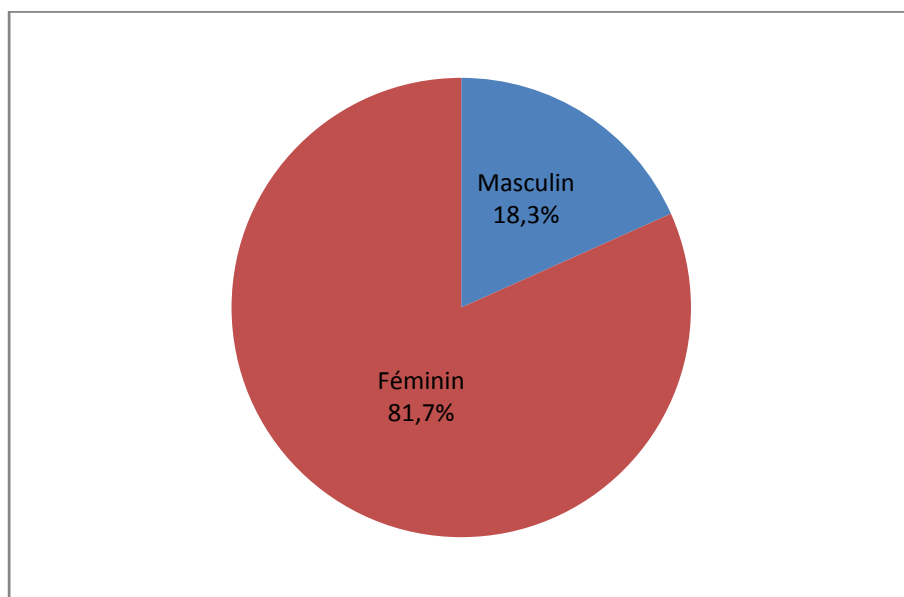


Figure 4: Répartition des usagers de l'ASACOGA selon le sexe en 2014.

La majorité des usagers était du sexe féminin 81,7 %, Soit un sexe ratio de 0,22.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XV: Répartition des usagers selon l'âge en 2014.

Age	Effectifs	Pourcentage
18-35	348	45,2
36-45	279	36,2
46-60	114	14,8
>60	29	3,8
Total	770	100,0

La majorité des usagers 45,2% avait un âge compris entre 18-35 ans.

Tableau XVI: Répartition des usagers selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	78	10,1
Secondaire	196	25,5
Supérieur	159	20,6
Ecole coranique	116	15,1
Non scolarisé	221	28,7
Total	770	100,0

La majorité des usagers soit 28,7 était non scolarisé suivi du niveau secondaire avec 25,5%.

Tableau XVII: Répartition des usagers de l'ASACOGA selon leur source d'information sur l'existence du CSCOM en 2014.

Moyen	Effectifs	Pourcentage
Parent	300	38,9
Ami	115	14,9
Voisin	273	35,5
Radio	4	0,5
ASACO	29	3,8
Autres	49	6,4
Total	770	100,0

La majorité des usagers avait appris l'existence du CSCOM par un parent soit 38,9%.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XVIII: Répartition des usagers du centre selon leurs avis sur la qualité de l'accueil en 2014.

Accueil	Effectifs	Pourcentage
Bon	459	59,6
Moyen	91	11,8
Mauvais	220	28,6
Total	770	100,0

Plus de la moitié soit 59,6% trouvaient que l'accueil et l'orientation dans le centre étaient bons.

Tableau XIX: Répartition des usagers du centre selon leurs avis sur le temps d'attente en 2014.

Temps d'attente	Effectifs	Pourcentage
Court (<10 mn)	356	46,2
Moyen (11-15)	173	22,5
Long (16-20)	199	25,8
Très long (>20 mn)	42	5,5
Total	770	100,0

Presque la moitié des usagers soit 46,2% trouvaient le temps d'attente court.

Tableau XX: Répartition des usagers du centre selon leurs avis sur les prestations 2014.

Prestation	Effectifs	Pourcentage
Bon	370	48,1
Moyen	185	24,0
Mauvais	215	27,9
Total	770	100,0

Presque la moitié des usagers soit 48,1% trouvaient les prestations des services bonnes.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XXI: Répartition des usagers du centre selon leurs idées sur le cout des différents services en 2014.

Coût	Effectifs	Pourcentage
Bon	402	52,2
Abordable	229	29,7
Elevé	139	18,1
Total	770	100,0

Plus de la moitié des usagers soit 52,2% trouvaient le coût des services de prestations bon.

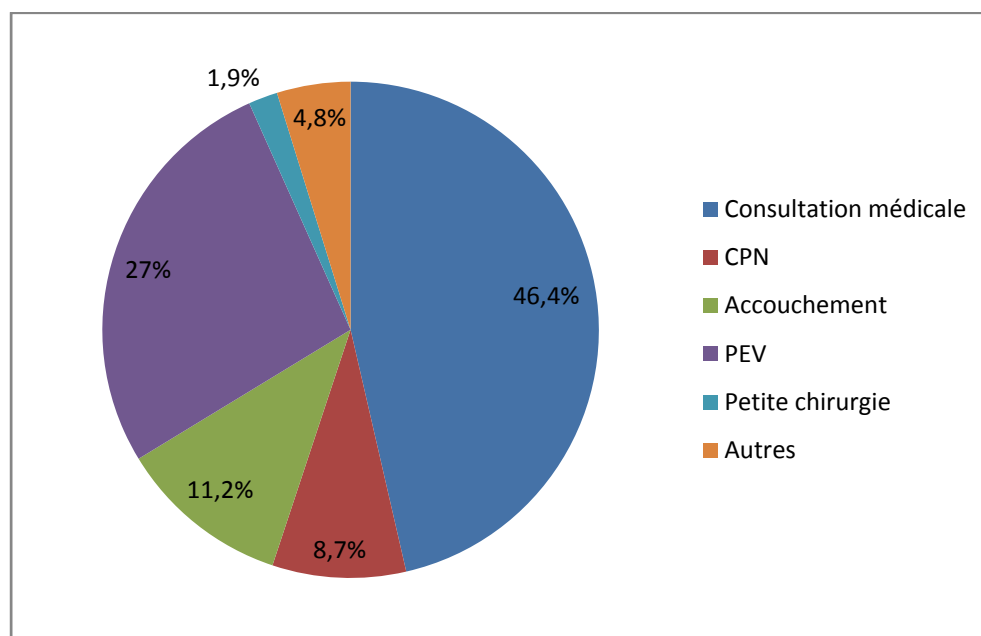


Figure 5: Répartition des usagers du centre selon la nature de leurs consultations en 2014.

On constate que la consultation médicale est la plus utilisée avec 46,4%, suivi secondairement de la PEV avec 27,0%. La Petite chirurgie est la moins utilisée avec seulement 1,9%.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XXII: Répartition des usagers du centre selon la possession d'une carte d'adhésion en 2014.

Possession d'une carte d'adhésion	Effectifs	Pourcentage
Oui	48	6,2
Non	722	73,8
Total	770	100,0

Nous avons constaté que seul 6,2% des usagers du centre possédaient une carte d'adhésion.

Tableau XXIII: Répartition des usagers du centre selon les niveaux de satisfaction par rapport aux prestations en 2014.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	308	40,0
Satisfait	192	24,9
Moins satisfait	195	25,3
Pas du tout satisfait	75	9,7
Total	770	100,0

On retenait que 40% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services contre 25,3% qui étaient moins satisfaits.

Tableau XXIV: Répartition des usagers selon qu'ils soient prêts à retourner dans le centre pour d'autres prestations en 2014.

Retour au centre	Effectifs	Pourcentage
Oui	583	75,7
Non	187	24,3
Total	770	100,0

Nous notons que 75.7 % des usagers étaient prêts à retourner dans le centre pour d'autres prestations.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XXV: Répartition des usagers selon les raisons pour lesquelles ils étaient susceptibles de repartir dans le centre pour d'autres prestations en 2014.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Tarif abordable	112	19,2
Accueil du personnel	64	10,9
Disponibilité du personnel	103	17,7
Compétence du personnel	46	7,9
Proximité	258	44,3
Total	583	100,0

Sur les 583 usagers 44,3 % étaient prêts à retourner dans le centre à cause de sa proximité, 19,2 % car le tarif était abordable et 17,7 % à cause de la disponibilité du personnel.

Tableau XXVI: Répartition des usagers selon les raisons pour lesquelles ils n'étaient pas susceptibles de repartir dans le centre pour d'autres prestations en 2014.

Raisons	Effectifs	Pourcentage
Tarif non abordable	14	7,5
Mauvais accueil du personnel	139	74,3
Manque d'hygiène	8	4,3
Manque de compétence du personnel	24	12,8
Médicament très cher	2	1,1
Total	187	100,0

Sur les 187 usagers 74,3 % ne voulaient plus retourner dans le centre car l'accueil du personnel était mauvais, 12,8 % par manque de compétence du personnel et 7,5 % pour tarif non abordable.

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

Tableau XXVII: Répartition des suggestions faites par les usagers pour une meilleure viabilité du centre en 2014.

Suggestions	Effectifs	Pourcentage
Renforcement du service d'accueil	386	50,1
Renforcement du service en personnel qualifié	278	36,1
Amélioration de l'hygiène	42	5,5
Amélioration de la qualité du service	25	3,3
Renforcement du plateau technique	21	2,7
Autres	18	2,3
Total	770	100,0

Sur les 770 usagers enquêtés 386 avaient suggérés un renforcement du service d'accueil soit 50,1 % et 278 avaient suggérés un renforcement du service en personnel qualifié soit 36,1%.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Rôles de L'ASACO

Le Conseil d'administration et le Comité de Surveillance était absents. La raison de cette absence était leur démission en Aout 2014 pour :

- absence du Conseil d'Administration aux activités du centre ;
- absence de tenue des réunions statutaires ;
- dépassement illimité du mandat ;
- mauvaise gestion des biens ;
- absence de liquidité dans la caisse ;
- salaire irrégulier, en retard et stationnaire ;
- compression du personnel en vue ;
- logique de grève et de cessation de travail.

Il a été mis sur place dès lors une commission provisoire de gestion (CPR) avec un statut particulier.

Le CPG avait tenu une assemblée générale au cours de l'exercice 2013. Il se réunissait chaque mois et tous les membres étaient réguliers aux réunions.

Les rapports d'activités et les procès verbaux de l'année 2013 étaient disponibles. Les comptes étaient journalièrement vérifiés par le président de la commission provisoire de gestion (CPR) et le trésorier. Ceux-ci témoignent du bon fonctionnement de cette commission.

Aucun budget prévisionnel n'avait été élaboré, ni de plan d'amortissement. L'ASACOGA n'avait aucun fond en dehors de ceux générés par le centre.

Les salariés pris en charge par l'ASACO représentaient 55,6 % de l'effectif total. Cette proportion était inférieure à celle de MADEGNAN MJ [12] qui obtient 65.0 % pour la même étude réalisée à l'ASACOBOULI en 2013. Ces différences s'expliqueraient par l'implication de l'Etat/collectivités et des Fonds pour les Pays Pauvres et très Endettés dans la prise en charge d'une grande partie des salariés du CSCOM de Garantiguibougou. Il faut noter que le personnel du laboratoire au nombre de deux (2) soit 7,4% de l'effectif total exerçaient dans le privé.

6.2. L'organisation des services techniques

Au niveau du CSCOM de Garantiguibougou il existe:

Un bureau d'accueil et d'informations pour les patients, un organigramme définissant l'organisation fonctionnelle du centre, un tableau comportant les conditions d'adhésion à

l'ASACOGA, ainsi que les avantages qui y sont liés, des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestation, un tableau de tarifs indiquant les prix des prestations et diverses analyses du laboratoire. Par contre il n'existait aucun tableau indiquant le prix des médicaments ce qui pourrait être un handicap pour l'amélioration de la viabilité du centre et diminuerait donc le taux de fréquentation.

6.3. Performances techniques

Les consultations médicales étaient essentiellement assurées par deux médecins.

En ce qui concerne la maternité, cinq sages-femmes étaient chargées d'assurer les consultations prénatales et post-natales, les accouchements, la planification familiale et la vaccination. Elles étaient aidées dans cette tâche quotidienne par trois Infirmière obstétricienne et deux matrones.

Les infirmiers étaient chargés de l'exécution des soins infirmiers, Ils étaient aidés par les stagiaires.

Les activités du laboratoire d'analyse médicale étaient elles assurées par deux laborantines qui exerçaient dans le privé.

Le taux d'équilibre des prestations et de la pharmacie de l'année 2011 et 2012 n'a pu être apprécié à cause de l'absence de résultats durant ces deux années. Néanmoins nous avons observé un taux d'équilibre des prestations de 0,84 et de la pharmacie de 1,26 en 2013. Ces résultats étaient proches de ceux de MADEGNAN MJ [12] qui trouve en 2012 pour les prestations 0,85 et pour la pharmacie 1,29.

Quant aux ratios : médecin/habitant, il était de 1/33911 en 2011, 1/44437 en 2012, 1/23485 en 2013 et tous étaient inférieurs aux normes recommandés par l'OMS soit 1/10000 habitants. Ces résultats sont inférieurs à ceux de MADEGNAN MJ [12] qui respecte les normes de l'OMS avec 1/844 habitants en 2010 ; 1/8747habitants en 2011 et 1/9159 habitants en 2012.

6.4. Performances financières

Nous n'avons pas pu calculer le ratio recette et dépense des activités du centre de l'année 2011 et 2012 par faute de comptes de résultats durant ces deux années. Par contre le ratio recette et dépense de la tarification de l'année 2013 était de 0,84. Ce résultat était supérieur à celui de KASSAMBARA D [16] à l'ASACOSAB II qui trouve un ratio recette et dépense de la tarification de 0,52 pour une étude similaire en 2013.

Le ratio recette et dépense de la pharmacie pour la même année 2013 était de 1,26. Ceci pourrait signifier que la pharmacie parvenait à équilibrer ses recettes en fonction de ses dépenses à cause d'une faible dépense au niveau de celle-ci. Ce résultat était différent de celui de KASSAMBARA D [16] qui trouve pour la même année 1,69.

A noter que l'ASACO n'obtenait aucun font en dehors de ceux généré par le centre, malgré la signature de la convention d'assistance mutuelle avec la mairie.

6.5. Niveau de satisfaction des usagers

La majorité des usagers soit 28,7% était non-scolarisée, et avait appris l'existence du CSCOM par un parent soit 38,9%. Plus de la moitié soit 59,6% trouvaient que l'accueil et l'orientation dans le centre étaient bons inférieur au résultat de KASSAMBARA D à l'ASACOSAB II qui a trouvé 76,8% [16] pour une même étude réalisée en 2014.

Le coût des services de prestations était jugé bon dans 52,2% des cas, ce qui était inférieur au 90% de satisfait de MADEGNAN MJ en 2013[12] cela pourrait être du au fait que nous avons préféré réaliser notre enquête au sein de la population alors que MADEGNAN MJ l'a réalisée dans le centre.

Moins de la moitié de nos usagers soit 46,2% trouvaient le temps d'attente court ce qui était inférieur au 75,5 de SACKO H [17] au CSCOM de l'ASACOHAM en 2014. Cet écart pourrait s'expliquer par une faiblesse des services d'accueil et d'infrastructure du CSCOM de Garantiguibougou.

Nous avons observé que 40% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services du CSCOM de l'ASACOGA. Ce taux est largement inférieur à celui de MADEGNAN MJ [12] qui obtient 98 % de satisfaction en 2013 à l'ASACOBOULI. Ceci pourrait toujours s'expliquer par la différence des méthodologies utilisées.

Nous avons noté que seulement 6,2% des usagers étaient en possession d'une carte d'adhésion. Ce taux était légèrement inférieur au 8,4% obtenu par KASSAMBARA D [16] à l'ASACOSAB II en 2014. Cette faible adhésion des usagers du centre s'expliquerait par le manque de sensibilisation de la population par l'ASACO des avantages liés à l'adhésion. Il faut noter que seulement 3,8% des usagers avait appris l'existence du CSCOM par l'ASACO. Plus de la moitié des usagers, soit 75,7% étaient prêts à retourner au centre pour y recevoir des soins. Pour 44,3% des cas, la proximité était le principal motif de retour. Ce résultat était

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

différent de ceux de KASSAMBARA D [16] et de SACKO H [17] en 2014 à l'ASACOSAB II et à l'ASACOHAM qui trouvent respectivement 86,4 % et 91,0 %.

Pour ceux qui n'étaient pas prêts à retourner, plus de la moitié soit 74,3 % avait comme raison le mauvais accueil du personnel.

On retenait que 50,1% des usagers suggérait un renforcement du service d'accueil.

7. CONCLUSION

Certaines difficultés ont été rencontrées quant à la réalisation de cette étude. L'absence du conseil d'administration, du comité de surveillance, de la situation comptable de l'année 2011 et 2012 ont été un handicap important pour la collecte des données. Par ailleurs ces faiblesses dans la collecte des données de base au niveau du centre n'ont pas permis de procéder à une comparaison complète de certains résultats avec ceux de d'autres CSCOM ayant réalisé des études similaires. Cependant les travaux effectués ont mis en exergue des points positifs et des points négatifs de l'association de santé communautaire de Garantiguibougou.

Comme points négatifs nous pouvons citer :

- Taux d'équilibre des prestations de santé déficitaire en 2013 ;
- Le non respect de la convention d'assistance mutuelle signée avec la mairie ;
- Taux d'adhésion faible de la population 6,2% ;
- Arrêt de fonctionnement de la caisse de référence-évacuation ;
- Absence de tableau indiquant le prix des médicaments ;
- Absence de subvention ;
- Absence de comptes de résultats des prestations et de la pharmacie en 2011 et 2012 ;

Malgré ces insuffisances le CSCOM a fait un taux d'équilibre de 1,08 en 2013 et la majorité des usagers soit 75,7% seraient prêts à y retourner pour d'autres prestations.

8. RECOMMANDATIONS

Dans le souci d'améliorer les progrès réalisés en termes de viabilité du CSCOM de Garantiguibougou, nous préconisons les recommandations suivantes :

- Assurer une grande mobilisation sociale autour du CSCOM, afin que la population comprenne et adhère à cette idée de santé communautaire.
- Rendre des comptes à la population par rapport à la gestion et le fonctionnement du CSCOM, en convoquant les AG comme le règlement intérieur le stipule.
- Sensibiliser la population par rapport à l'existence et les avantages de la carte d'adhésion.
- Mettre en place une bonne collaboration avec les agents de santé du CSCOM.
- Améliorer les conditions de travail du personnel soignant et prendre davantage en compte leurs revendications.
- Etablir le budget prévisionnel de l'année afin de mesurer de façon efficace les progrès faits en termes de gestion tout en déterminant les indicateurs de performance.
- Afficher les tarifs des différents services, et des médicaments, et mettre des boîtes à suggestion au niveau du CSCOM.
- Améliorer l'accueil, en améliorant les infrastructures et les structures d'accueil.

9. BIBLIOGRAPHIE :

1. AUDIBERT M, DE ROODENBEKE ES, ATHONNAT J. Utilisation des services de santé en Afrique, « L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse », développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004 ; p14.
2. AUDIBERT M , DE ROODENBEKE E. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de la situation et perspectives, 2005, p 13-14,20, 27-28,49-51,73.
3. Ministère de la Santé de la Solidarité et de personnes âgées. Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) Edition 1995,115p.
4. Ministère de la Santé de la Solidarité et de personnes âgées. Gestion des Associations de Santé Communautaire. Edition 1998,123p.
5. LITVACK JI , BODART C. User fees plus quality equals improved access to health care. Results of a field experiment in Cameroon;Soc. Sci. Med. 1993, 37, 3, 369-83.
6. MEVEL A , LE GOFF D, CHERINGOU H. Enquête d'évaluation de l'impact de l'introduction du paiement des actes et des médicaments sur l'utilisation des centres de santé, le coût d'un épisode de maladie et la mortalité infantile dans la province du Nord au Cameroun; Projet Garoua,1994, 35 p.
7. ReMeD (collectif). Contribution à l'étude du recouvrement des coûts des médicaments dans le cadre d'une politique de santé dans les pays en développement; ReMeD, 1992, 95p.
8. TRAORE BM. Etude de la performance d'un centre de santé communautaire urbain : le cas de l'ASACOBAMA de 1989 à 2008, Thèse de doctorat en médecine (FMPOS), Bamako 2009 ; 89p.
9. Population du monde. Population de chaque pays. Mali. [en ligne]. Disponible sur le site www.world.gazetteer.com. (consulté le 01 novembre 2013).
10. Ministère de l'Economie des Finances et du Budget. Direction Générale du Budget. Le Budget- citoyen du Mali.2013 ; 16p.
11. SAMAKE S, TRAORE SM, BAH S. Enquête démographique et de santé du Mali., 2006, p41. Voir EDSM IV.
12. MADEGNAN MJ. Viabilité des structures de santé communautaires de 2010 à 2012 : cas de l'ASACOBAMA I en commune I du District de Bamako. [Thèse: pharmacie]. Bamako: Université des Sciences et des Technologies; 2013. 57p
13. Monographie de la Commune V du district de Bamako. Enquête démographique et de santé du Mali.1988, p9. Voir EDS III DNSI.

14. Système local d'information sanitaire (SLIS) du *CSRef* de la Commune V du District de Bamako. Bamako ; 2014.

15. Annuaire statistique (INSTAT) du District de Bamako. Bamako ; 2013. Page 22.

16. KASSAMBARA D. Viabilité des centres de santé communautaire, cas de l'ASACOSAB II dans la commune V du District de Bamako de 2011 à 2013, [Thèse: Médecine]. Bamako 2014 ; 39p.

17. SACKO H. Viabilité du centre de santé communautaire de Hamdallaye en Commune IV du district de Bamako de 2011 à 2013, [Thèse: Médecine]. Bamako 2014 ; 45p.

10. ANNEXES :

10.1 .Fiches d'enquêtes

Questionnaire adressée aux membres du conseil d'administration de l'ASACO

I. Identification

Nom de la structure.....

Quartier.....

Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II. Fonctionnement du conseil d'administration

1. Comment est venue l'idée de création de votre association ?

1. Communauté /.../

2. Elus /.../

3. Autorités sanitaires /.../

2. Année de création de l'ASACO ?.....

3. Les membres du bureau de l'ASACO ont-ils été élus en assemblée générale?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui, en quelle année ?.....

Si non comment ont-ils été élus ?.....

4. De combien de membres est composé l'ASACO ?.....

5. Combien de femme compte le bureau de l'ASACO ?.....

6. Quelle est l'année de création du CSCOM ?.....

7. Quelle a été l'apport de la communauté dans la création du CSCOM ?.....

.....

8. Avez-vous mené des activités de sensibilisation ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

9. Tenez-vous des réunions périodiques ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui - quelle est la périodicité ?.....

10. combien de réunion avez-vous tenue au cours de l'année?.....

11. combien de réunion avez-vous tenue au cours de l'année?.....

12. les procès-verbaux sont-ils disponibles ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui combien (Procès à voir) ?.....

13. Tous les membres du bureau sont-ils réguliers aux réunions ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non, quel est réellement l'effectif fonctionnel ?.....

14. Les rapports d'activités sont-ils disponibles ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

15. Avez-vous tenu une assemblée générale l'année passée ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non pourquoi ?.....

16. Quelle est la date de la dernière assemblée générale ?.....

17. Est-ce que la convention d'assistance mutuelle a été signée?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non pourquoi ?.....

(CAM à voir)

18. Avec qui la convention d'assistance mutuelle a été signée ?

1-Cref /.../

2-Mairie /.../

19. Est-ce que le respect des engagements sont-ils tenus?

16.1. Etat 1-Oui/.../ 2-Non/.../

16.2. Cscm 1-Oui/.../ 2-Non/.../

20. Est-ce que la caisse de référence-évacuation est régulièrement alimentée ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui quel est la périodicité ?.....

Si non pourquoi ?.....

21. Est-ce que le principe de recrutement du personnel contractuel est-il respecté ?

1- Oui/.../ 2- Non/.../

Si non pourquoi ?.....

22. Quel est le nombre de personnel dans le centre ?.....

23. Quels sont les niveaux de qualification du personnel ?

1. Médecin /.../ 2. Infirmier /.../

3. Sage-femme/infirmière obstétricienne /.../ 4. Matrones /.../

24. Quelle est la nature de paiement du personnel ?

1. Etat /.../ 2. Collectivités /.../ 3. Recouvrements ASACO /.../

4. Autres à préciser.....

25. L'association a-t-elle un siège différent du centre de santé ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

26. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre ?.....

Questionnaire adressée aux membres du conseil de gestion de l'ASACO

I- Identification

Nom de la structure.....
Quartier.....
Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II- Fonctionnement du conseil de gestion

1. Les membres du bureau de conseil de gestion ont-ils été élus par le conseil d'administration? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si non comment ont-ils été élus ?.....
2. Combien de membres compte le bureau ?.....
3. Tenez-vous des réunions périodiques ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui - quelle est la périodicité ?.....
4. Combien de réunion avez-vous tenue au cours de l'année 2013?.....
5. Les procès-verbaux sont-ils disponibles ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui combien ?.....
6. Tous les membres du bureau sont-ils réguliers aux réunions ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si non, quel est réellement l'effectif fonctionnel ?.....
7. Les comptes sont ils vérifiés journalièrement? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui par qui ?.....
Si non pourquoi?.....
8. Qui ordonne le décaissement des fonds ?
1. Président /.../ 2. Trésorier /.../ 3. Médecin /.../
4. Autres à préciser.....
9. Les rapports de la situation comptable de l'année passée sont-ils disponibles ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
10. Les rapports de budget prévisionnel pour l'année en cours sont-ils disponibles ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui -quel est le budget prévu ?.....
-quel est le niveau d'exécution du budget prévu ?.....
11. L'association a-t-elle des fonds en dehors de ceux générés par le centre ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui d'où viennent-elles ?.....
12. Existe-il un micro-plan élaboré au niveau du CSCOM ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

13. Y-a-t-il un programme d'activités élaboré par l'association différent de celui du centre ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non, pourquoi ?.....

14. Est-ce que la mairie effectue des contrôles de gestion ?

1-Oui/.../ 2- Non/.../

15. Quel type de préoccupations auxquelles souhaitez-vous avoir un appui financier ?.....

.....

Et comment ?.....

.....

16. Avez-vous des projets de formations et/ou de promotion à l'endroit du personnel du centre ?

1-Oui /.../ 2-Non /.../

Si oui, de quel(s) type(s) ?.....

Si non, quelles sont les raisons ?.....

17. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre ?.....

.....

.....

Organisation des services techniques

1. Existe-t-il un bureau d'accueil et d'information pour les patients ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non comment se fait l'accueil et l'information ?.....

2. Existe-t-il un organigramme affiché dans le centre ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

3. Existe-t-il des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestations ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

4. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs des actes médicaux ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

5. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs des médicaments ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

6. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs du laboratoire ?

1-Oui/.../ 2-Non/.../

7. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les conditions et avantages liées à l'adhésion de l'ASACO ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

8. Existe-t-il des cartes d'adhésions ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

- si oui quel est le tarif des cartes de membre ?.....

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

9. Existe-il des carnets de reçu pour chaque prestation ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Fiche de dépouillement des activités

1. Tableau 1 : activités menées dans le centre au cours des trois dernières années

Années	2011	2012	2013
Activités			
Consultations médicales			
CPN			
Accouchement			
CPON			
PF			
Vaccination			
Suivi des enfants sains			

2. Tableau 2 : Analyses réalisées par le laboratoire du centre au cours des trois dernières années

Type d'analyses	Hématologie	Parasitologie	Bactériologie	Autres
Année				
2011				
2012				
2013				

3. Tableau 3 : Evolution du nombre de personnel durant les trois dernières années

Année	2011	2012	2013
type de personnel			
Médecin			
Technicien supérieur de santé			
Sage-femme			
Infirmière obstétricienne			
Infirmier			
Matrone			
Agents de santé			
Technicien de laboratoire			
Gérant du dépôt			
Comptable/ gestionnaire			
Manœuvre			
Planton			
Autres			

4. Tableau 4 : Durée du personnel au poste

type de personnel	Durée
Médecin	
Technicien supérieur de santé	
Sage-femme	
Infirmière obstétricienne	
Infirmier	
Matrone	
Auxiliaires de santé	
Technicien de laboratoire	
Gérant du dépôt	
Comptable/ gestionnaire	
Manœuvre	
Planton	
Autres	

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

5. Tableau 5 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2011

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
achats médicament		Ventes de médicaments	
Variation de stock		Subventions	
Frais sur achat médicaments			
Achat fourniture bureau			
Achat support gestion			
Salaire gérant			
Charges sociales du gérant			
Total		Total	

6. Tableau 6 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2012

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
achats médicament		Ventes de médicaments	
Variation de stock		Subventions	
Frais sur achat médicaments			
Achat fourniture bureau			
Achat support gestion			
Salaire gérant			
Charges sociales du gérant			
Total		Total	

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

6. Tableau 7 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2013

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
achats médicament		Ventes de médicaments	
Variation de stock		Subventions	
Frais sur achat médicaments			
Achat fourniture bureau			
Achat support gestion			
Salaire gérant			
Charges sociales du gérant			
Total		Total	

7. Tableau 8 : compte de résultat pour la tarification de l'année 2011

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
Achats consommable médical		Ventes de tickets	
Achats support de gestion		Subventions	
Achats fourniture bureau		Autres recettes	
Entretien et réparation			
Fourniture d'entretien			
Salaire du personnel			
Autres dépenses			
Total		Total	

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

8. Tableau 9 : compte de résultat pour la tarification de l'année 2012

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
Achats consommable médical		Ventes de tickets	
Achats support de gestion		Subventions	
Achats fourniture bureau		Autres recettes	
Entretien et réparation			
Fourniture d'entretien			
Salaire du personnel			
Autres dépenses			
Total		Total	

9. Tableau 10 : compte de résultat pour la tarification de l'année 2013

Charges (dépenses)	Montant	Produits (recettes)	Montant
Achats consommable médical		Ventes de tickets	
Achats support de gestion		Subventions	
Achats fourniture bureau		Autres recettes	
Entretien et réparation			
Fourniture d'entretien			
Salaire du personnel			
Autres dépenses			
Total		Total	

10. Existe-t-il un compte de bilan ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si Non pourquoi ?.....

11. Existe-t-il un registre des équipements disponible ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si Non pourquoi?

12. Existe-t-il un plan d'amortissement ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si Non pourquoi?.....

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

1. Bon /.../ 2. Assez bon /.../ 3.Satisfaisant /.../ 4. Passable /.../

5. Autres à préciser.....

11. En cas de conflits qui est le médiateur ?.....

12. Comment les ressources générées sont-ils réinvestis ?

- 1. Renouvellement du plateau technique /.../
- 2. Améliorer le salaire des personnels /.../
- 3. Autres.....

13. Selon vous quelles sont les causes d'insuffisances dans l'utilisation des services offerts par le CSCOM?

- 1. Barrière culturelle /.../ 2.Accessibilité géographique /.../
- 3. Accessibilité financière /.../

4.Autres.....

14. Quels sont vos suggestions pour une meilleure viabilité du CSCOM ?

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

Questionnaires adressées aux usagers :

Fiche N°..... Aire de santé:.....

Nom..... Prénoms.....

Sexe :..... Age.....

1. Niveau d'alphabétisation?

- 1. Primaire /.../ 2.Secondaire /.../ 3.Supérieur /.../
- 4. Ecole coranique /.../ 5.Non scolarisé /.../

2. Connaissez-vous l'existence de l'ASACOGA ? 1-Oui /.../ 2-Non /.../

Si oui par quels moyens ?

- 1. Parent /.../ 2. Ami /.../ 3. Voisin/.../ 4. Radio/.../

Autres

3. Le centre vous est il accessible pour vous géographiquement ? 1-oui/.../ 2-non /.../

4. Avez-vous déjà bénéficié des prestations du centre de sa création à nos jours ?

- 1-Oui/.../ 2-Non/.../

5. Comment trouvez- vous l'accueil et l'orientation vers les différents services de prestations ?

- 1. Bon /.../ 2.Moyen /.../ 3.Mauvais /.../

4. Autres:

Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou en Commune V du district de Bamako

6. Comment trouvez-vous le temps d'attente ?
1. Court /.../ 2. Moyen /.../ 3. Long /.../ 4. Très long /.../
7. Comment trouvez-vous les prestations du centre ?
1. Bon /.../ 2. Moyen /.../ 3. Mauvais /.../
4. Autres:
8. Comment trouvez-vous le coût des différents services de prestations ?
1. Bon /.../ 2. Abordable /.../ 3. Elevé /.../
4. Autres à préciser.....
9. Quelle est la nature de votre consultation ?
1. Consultation médicale /.../ 2. CPN /.../ 3. Accouchement /.../
4. Autres.....
10. Est-ce que vous avez été informé sur le diagnostic de votre maladie ?
1-Oui /.../ 2-Non /.../
11. Votre ordonnance a été expliquée ? 1. Oui /.../ 2. Non/.../
12. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services offerts?
1. Très satisfait /.../ 2. Satisfait /.../
3. Moins satisfait /.../ 4. Pas du tout satisfait /.../
13. Avez-vous une carte d'adhésion ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si non pourquoi ?.....
14. Renouvelez-vous la carte d'adhésion ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si non pourquoi ?.....
15. Etes-vous prêt à retourner pour d'autres prestations ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si non pourquoi ?.....
Si oui pour quelle raison ?.....
- 1.1. Tarifs abordable /.../ 1.2. Accueil du personnel /.../
1.3. Disponibilité du personnel /.../ 1.4. Compétence du personnel/.../
1.5. Qualité du service /.../ 1.6. Médicament peu chère /.../
1.7. Proximité /.../
16. Quelles sont vos suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par CSCOM ?.....
.....
.....
.....

Fiche signalétique

Nom: TRAORE **Prénom:** Moriba

Adresse email : traoré-moriba@yahoo.fr

Titre : Viabilité du centre de santé communautaire de Garantiguibougou durant l'exercice 2011-2013.

Année de soutenance : 2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé Communautaire.

RESUME

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère l'accès aux soins de santé comme un facteur clef de la réduction des inégalités entre les pays en matière de santé et en leur sein. L'adhésion du Mali à ce postulat s'était faite par la création de nombreux Centre de Santé de base aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

L'étude du niveau de viabilité des ces nouvelles structures de sante parait donc très importante. La présente étude de viabilité s'était déroulée en 2014 à l'ASACOGA (Commune V du District de Bamako), sur un échantillon de 770 individus. Etudier le niveau de viabilité du dit centre de santé communautaire au cours de l'exercice 2011-2013 était le principal objectif de notre étude.

L'étude a montré que le conseil d'administration et le comité de surveillance avait démissionné en lieu et place d'une commission provisoire de gestion (CPG). La Convention d'Assistance Mutuelle était signée mais non respectée la structure était dirigée par deux Médecins ; le nombre ratios de 1 médecin pour 23485 habitants était supérieur au normerecommandé par l'OMS; le genre féminin fréquentait beaucoup plus le centre 81,7 % et enfin le taux d'adhésion était très faible 6,2 %. Cependant, 75,7 % des usagers se dit prêt à retourner pour des nouvelles prestations.

Au terme de cette étude, nous concluons qu'il yaune faiblesse dans la collecte des données de base au niveau du centre. Le centre a besoin d'une subvention normalement allouée par la Mairie de la Commune V pour la couverture de ses dépenses .L'ASACO souffre de la faible adhésion de sa population et enfin son personnel a besoin du renforcement de ses capacités afin de promulguer des soins de qualité aux usagers.

Mots clefs : Viabilité, centre de Santé communautaire, ASACOGA.

SERMENT D`HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!!!!