

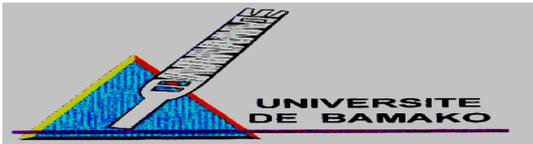
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
DU MALI

REPUBLIQUE

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
But-Une Foi

Un Peuple-Un

SCIENTIFIQUE



Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Année universitaire:2010 -2011

N°..... /...

TITRE

Capacité d'autonomisation de trois centres de santé
communautaire de la commune rurale de Djelebou

Située dans le cercle de Kayes.

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../

A la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Par M ABDOL RACHID HAROUNA

Pour l'obtention du grade de Doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président: Pr Mamadou Souncalo TRAORE

Membre: Pr Adama DIAWARA

Co-directeur : Dr Mamadou Mamby TRAORE

Directeur : Dr Akory AG IKNANE

JE RENDS GRACE A DIEU.

**AU NOM DE DIEU, LE TOUT MISERICORDIEUX, LE TRÈS
MISERICORDIEUX.**

Louange à DIEU, révélateur des livres saints et du noble coran, seigneur des cioux et de la terre qui m'a donné la force, le courage mais aussi et surtout la santé pour mener à terme ce travail.

Et que la paix de DIEU, son salut ainsi que sa grâce et ses bénédictions soient sur notre Maître et Prophète Mohammad (PBDL), sur sa famille, sur ses compagnons et sur tous ceux qui le suivent sincèrement jusqu'au jour de la résurrection.

JE DEDI CE TRAVAIL

À mon père Harouna Danladi

Tu nous as appris dès notre plus jeune âge la droiture, l'honnêteté, la simplicité, la persévérance, l'amour du travail bien fait, et maintes autres valeurs aussi nobles les unes que les autres.

Tu auras toujours toute mon admiration et ma gratitude, et tu resteras pour moi un modèle.

Puisse le Bon Dieu te couvrir de sa Miséricorde jusqu'au jour dernier et t'accorder enfin son Paradis ! Amen.

À ma très chère mère Maimouna Seyni

Femme de cœur, tu n'es que générosité, douceur, amour, respect, pardon..., que de sacrifices tu n'as cessé de consentir pour tous tes enfants !

O mère, la simple pensée vers toi remplit mon cœur de bien être et de joie.

Tu nous as appris l'amour et le respect du prochain.

Ton courage n'a d'égale que ta déférence envers les autres.

Je te demande pardon pour chaque instant d'inquiétude ressentie à notre égard et chaque larme versée pour tes enfants. Mon vœu le plus cher est que le Tout Miséricordieux te garde encore longtemps auprès de nous.

À M Baba Sylla et toute la famille Sylla à korofina

Merci pour l'hospitalité infaillible, toutes les bénédictions, le soutien les conseils et l'éducation reçus auprès de vous je vous en serais reconnaissant à vie.

À mes frères et sœurs : Fatima Harouna, Moussa Harouna, Mahamadou Moustapha Harouna, Rahila Harouna, Cheick Jaber Harouna, Abdoul Kader Harouna, Mariama Harouna, Hadjara Harouna et Mahamadou Fadel Harouna

Votre constante présence, vos encouragements et votre soutien sans faille ont contribué en grande partie à mes succès.

À ma très chère épouse Thérèse Mari Gabriel Dabo et toute la famille Dabo à Badalabogou

Je tien à vous remercier pour la confiance que vous me faite, votre humanisme, votre disponibilité, votre amabilité, votre sens d'écoute et votre volonté d'aider les autres font de vous des êtres exemplaires. Merci pour votre aide et vos encouragements sans fin.

Remerciements

Au Colonel Alamir Maïga et toute la famille Maïga à korofina

Dès mes premiers instants à Bamako vous m'aviez accepté, compris et aimé.

Voici enfin arrivé le moment tant attendu de vous témoigné ma profonde gratitude, je vous remercie pour votre soutien et engagement.

À tous mes oncles

Ali Seyni, Issa Seyni, Bachir yayé, Issouffou, Ibrahim tounkara, Alio Seyni Ibrahim Alpha, Abdoul Kader Alpha, Ibrahim Idé, Abdoul Karim Alpha Gado, Moussa Seyni...

Merci pour vos soutiens tant matériels que physiques et moraux.

A mes Tantes

Aissa Yayé, Mariama Yayé, Maimouna Mabey, Mariama Mabey Aichatou Garba, Amina Garba, Fati (béro et kaina) Garba, kadidja hassane, Ramatou, Ramatou Seyni,

Sachez que vos bénédictions n'ont pas été vaines

À DR Alhassane Mossi et DR Souleymane Ag Aboubacrine

Je ne peux que vous remercier pour cette grande disponibilité et ce soutien incommensurable dont vous m'avez fait montre. Soyez rassuré de ma considération et de ma reconnaissance pour tout ce que vous m'avez fait.

À tous mes cousins (es), nièces, neveux.

À Abdoul Aziz Seydou Ismaël Baridjiré, Abdoul Khaled Aly, Abdoul Rasak Issa Saley Issoufou, Maiga Ardaly, Hassane Souna, Abdoul Aziz Hassane, Idé Harouna, Rachida Moussa, Rachida Aly, Aissa Issa, Amina Seydou, Ramatou Coulibaly,...

Merci pour l'aide mutuelle et les moments passés ensemble.

À mes fideles compagnons : Amadou Adamou Guindo, Nasser Djoffo, Amadou Sylla Soleymane Badjaga, Youssouf Fofana, Abdrame Mariko, Fily Konaté, Issa Maiga, Boubacar Z Koné, Cheik Oumar Traoré, Allassane Seydou Allassane, Philipe Dara,

Merci pour l'aide mutuelle, les échanges de connaissance et les moments inoubliables passés ensemble.

À mes maîtres du fondamental, du secondaire et du lycée

Merci pour l'encadrement, les conseils et les attentions.

À tous mes maîtres de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d' Odonto - stomatologie de Bamako

Merci pour l'enseignement de qualité reçu de vous tout au long de notre cycle.

A mon Directeur de Thèse Dr Akory Ag IKnane

Merci pour les conseils, la collaboration et l'encadrement reçus de vous.

Au personnel et Internes des services de l' INRSP

Je vous suis très reconnaissant pour le précieux enseignement reçu de vous, c'est l'occasion de vous rendre un vibrant hommage. Merci infiniment pour les connaissances acquises auprès de vous.

Enfin de nombreuses personnes qui n'ont pas pu être citées ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, je leur dis merci de tout cœur.

HOMMAGES

A

L'Association Malienne de Solidarité et de Coopération internationale pour le Développement : AMSCID,

La Mairie de Saint- Denis en France,

Les Associations Giddimaxa Jikké France et Mali.

Nous vous remercions pour le financement et la réalisation de ce travail, car sans votre soutien ce travail n'aura pas eu lieu.

Soyez rassurés de notre sincère reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou Souncalo TRAORE

- **Médecin Spécialiste en Santé Publique**
- **Ph.D en Epidémiologie de l'Université de Londres**
- **Maître de conférences en Santé Publique à la FMPOS**
- **Chef du Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique**
- **Premier Directeur de l'Agence National d'Evaluation des Hôpitaux du Mali**
- **Ancien Directeur National de la Santé du Mali**
- **Chevalier de l'Ordre de Mérite de la Santé du Mali**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre assiduité, votre simplicité, votre sens élevé de la responsabilité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration.

Permettez nous cher maître, de vous exprimer ici toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Adama DIAWARA

- **Médecin spécialiste en Santé Publique**
- **Maitre de conférences en Santé Publique à la FMPOS**
- **Directeur général de l'Agence Nationale d'évaluation des hôpitaux du MALI (ANEH)**
- **Ancien chef de division assurance qualité et économie du médicament à la direction de la Pharmacie et du Médicament.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques et nous sommes fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigués.

Veillez recevoir ici, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR :

Docteur Mamadou Mamby TRAORE

- **Docteur en Pharmacie**
- **Pharmacien Spécialiste en Gestion des Services de Santé, de Population et en Décentralisation(GSSPD)**
- **Ancien responsable du Laboratoire d'analyses médicales de l'Hôpital**

Gabriel Toure

Cher maître,

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait, et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère social fait de vous un homme exceptionnel.les mots nous manque pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Acceptez ici, cher maitre notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Akory AG IKNANE

- **Maitre assistant en Santé Publique à la FMPOS**
- **Spécialiste en Santé Publique**
- **Chef service nutrition à l'INSRP**
- **Premier Médecin Directeur à l'ASACOBA**
- **Président du Réseau Malien de Nutrition(REMANUT)**
- **Ancien conseiller technique en nutrition à la division de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle à la CPS à Koulouba(DSSAN)**
- **Secrétaire General de Société Malienne de Santé Publique(SOMASAP)**

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous aviez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L'opportunité nous est donnée pour faire part de notre estime et admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous.

Votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous servons de modèle dans notre carrière.

Soyez rassurés cher maître, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

ABREVIATIONS

AFD : Agence Française pour le Développement

ASACO : Association de Santé Communautaire

BCG: Bacille de Calmette et Guerin

CA : Conseil d'Administration

CAM : Caisse Assurance Maladie

CC : Conseil de Cercle

CNESS: Comité National d'éthique de la Santé et des Sciences de la Vie

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CV: Couverture Vaccinale

DRS: Direction Régionale de la Santé

DTC : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (Vaccin)

FE: Femme enceinte

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - stomatologie

IEC: Campagne d'Information, Éducation et Communication

INPS: Institut National de Prévoyance Sociale

MII: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

ME: Médicaments Essentiels

MEG: Médicaments Essentiels et Génériques

MPC: Malnutrition Protéino-Calorique

NSP: Ne sait pas

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEC: Prise en Charge

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PMA: Paquet Minimum d'Activité

PNP: Politique de Normes et Procédures

PV: Procès verbal

RAS: Rien à signaler

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SRO: Solution de Réhydratation Orale

VAR: Vaccin anti Rougeoleux

VAT: Vaccin Anti Tétanique

OMAES:

DRPSIAP:

IC: Interval de confiance

Table des matières

Table des matières.....	12
1.Introduction.....	19
2.Généralité sur les centres de santé communautaire au Mali.....	21
2.1.Définition de la Santé communautaire	21
2.2.Importance et place de la santé communautaire au Mali.....	22
2.3.Principaux enjeux créés par la santé communautaire au Mali	24
2.4.Les atouts du système de santé communautaire au Mali.....	25
2.5.Les défis du système de santé communautaire au Mali	28
3.Objectifs.....	29
3.1.Objectif Général	29
3.2.Objectifs spécifiques.....	29
4.Méthodologie.....	30
4.1.Cadre d'étude.....	30

4.2.Les approches méthodologiques.....	32
4.3.Population et lieu d'étude.....	35
4.4.Période et durée de l'étude.....	36
4.5.Ressources humaines.....	36
4.6.Considérations éthiques.....	37
4.7.Importance de l'Evaluation.....	37
5.Les résultats.....	38
5.1.Analyse stratégique.....	38
5.2.Analyse de l'intervention.....	42
5.3.Analyse de l'efficacité et de l'efficience du projet	49
5.4.Analyse de la viabilité et pérennité du projet	79
.....	83
5.5. Analyse de la collaboration et du partenariat.....	89
5.6.Analyse de l'impact du projet	92
6.Leçons apprises.....	98
6.1.En terme d'acquis	98
6.2.Au plan des faiblesses ou défis à relever	99
7.Commentaires et discussion	100
7.1.Les approches méthodologiques.....	100
7.2.Par rapport à l'analyse de l'efficacité et de la performance du projet.....	101
7.3.Par rapport à la viabilité et la pérennité du projet.....	102
7.4.Par rapport à la collaboration et du partenariat	103
7.5. Par rapport à l'impact du projet	104
8.Conclusion	105
9.Recommandations.....	106
Bilan Annuel des Activités.....	141
Compte de résultats du CSCOM de _____	144
Compte de résultats du CSCOM de _____	147

GESTION ADMINISTRATIVE :ASACO..... 148

Liste de Figures

Figure 1 : La carte du Mali avec zone d'étude en rouge (cercle de Kayes)11

Figure 2 zones de l'étude en rouge sur la carte.....
16

Figure 3:Répartition d'indicateurs de performance d'utilisation des services de soins dans Cscm de Tichy de 2006 à 2008.....30

Figure 4: Répartition d'indicateurs de performance d'utilisation des vaccins du Cscm de Tichy de 2006 à 2008.....31

Figure 5 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des services soins du Cscm d'Aourou durant la période de 2006 à 2008.....32

Figure 6 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des vaccins du Cscm d'Aourou.....	33
Figure 7 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des services soins du Cscm de Serenaty de 2006 à 2008.....	34
Figure 8 : Répartition des indicateurs d'utilisation des services médicaux curatifs des trois Cscoms de la commune rurale de Djelebou durant le projet.....	35
Figure 9 : Répartition des indicateurs de productivité financière du personnel du Cscm de Tichy.....	37
Figure 10 : Répartition des indicateurs reproductivité financière du personnel du Cscm d'Aourou de 2006 à 2008.....	38
Figure 11 : Répartition des indicateurs de productivité financière du personnel du Cscm de Serenaty de 2006 à 2008.....	39
Figure 12 : Répartition des indicateurs de la production financière de l'ensemble du personnel des trois centres de santé de la commune rurale de Djelebou.....	40
Figure 13 : Evolution indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Tichy.....	41
Figure 14: Evolution des indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm d'Aourou durant la période du projet.....	42
Figure 15: Evolution des indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Serenaty.....	43
Figure16:Evolution du ratio d'adéquation du personnel qualifié des trois Cscoms de la commune de Djelebou.....	44
Figure17: Coût moyen d'ordonnance des trois Cscoms de la commune de Djelebou.....	45
Figure 18 : Répartition des indicateurs de ressource des Cscoms de la commune de Djelebou.....	54
Figure 19 : Répartition des indicateurs de ressource des Cscoms de la commune de Djelebou.....	54

Figure 20 : Répartition des indicateurs de performance financière de la pharmacie des 3 Cscoms de Djelebou en ce qui concerne le taux de bénéfice brute en médicaments durant le projet.....	60
Figure 21 : Répartition des indicateurs de performance financière en fonction du ratio d'équilibre des prestations des 3 Cscoms de Djelebou durant le projet.....	61
Figure 22 : Répartition des indicateurs de performance financière en fonction du ratio d'équilibre de la pharmacie des 3 Cscoms de Djelebou durant le projet.....	62
Figure : 23 Répartition de l'indicateur du maintien du capitale dans les trois cscoms de la dite commune.....	62
Figure 24 : Schéma d'ensemble de la collaboration entre les principaux	70

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1: Extension du nombre de Centre de Sante Communautaire dans le district de Bamako et dans les régions de 1989 à 2007.....	8
Tableau 2 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 1... ..	24

Tableau 3 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 2.....	25
Tableau 4 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 3.....	26
Tableau 5 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 4.....	27
Tableau 6: Répartition d'adéquations des infrastructures.....	48
Tableau 7 : Adéquation du personnel.....	48
Tableau 8 : Relations entre prestataires et patients.....	49
Tableau 9 : Fonctionnalité du Cscm.....	50
Tableau 10 : Niveau d'Hygiène et de salubrité pour la prévention des affections dans le CSCOM.	51
Tableau 11 : Gouvernance locale et partenariat.	52
Tableau 12 : Fonctionnalité de l'ASACO.....	53
Tableau 13 : Indicateurs de service.....	55
Tableau 14 : Niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des soignants.....	56
Tableau 15 : Niveau de motivation du personnel soignant.....	57
Tableau 16: Opinion des communautés par rapport au temps d'attente.....	58

Tableau 17: par les Appréciations des communautés des séances d'IEC ont été réalisées par les CSREF/CSCOM.....	63
Tableau 18 : Opinion des communautés par rapport aux difficultés qui entravent la bonne marche du système de référence évacuation.....	64
Tableau 19: Propositions des communautés pour améliorer le système de référence-évacuation.....	65
Tableau 20: Niveau de satisfaction des communautés par rapport aux services souhaités.....	66
Tableau 21: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des prestataires.....	66
Tableau 22: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des contraceptifs.....	67
Tableau 23: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des médicaments pour traiter les IST.....	68
Tableau 24 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux services de Planification Familiale.....	71
Tableau 25 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins prénataux.....	72
Tableau 26 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins post-nataux.....	73
Tableau 27 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès à l'accouchement.....	74
Tableau 28: Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès au système de référence-évacuation.....	75
Tableau 29 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.....	76

Tableau 30: Principales solutions proposées par les communautés pour faire face aux problèmes identifiés.....77

1. Introduction

Le Mali opta dès son accession à la souveraineté nationale le 22 septembre 1960 pour un régime de type socialiste caractérisé par la prédominance de l'état qui constitua l'unique employeur dans tous les domaines de la vie nationale.

Dès le début des années 1970, les sociétés et entreprises d'état qui constituèrent la pierre angulaire de l'économie du pays furent confrontées à d'énormes difficultés économiques liées entre autres à la mauvaise gestion.

Ces années durant, des défis d'ordre financiers furent si aiguës que l'Etat Malien ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques. Parallèlement, les besoins de santé des populations s'accrurent avec

acuité d'année en année. Cet état de fait conduisit à la remise en cause du principe de la gratuité des soins de santé, qui fut à cette époque la politique nationale pour la santé.

De 1970 à 1988, la part du budget de l'Etat consacré à la santé passait de 9 % à 4% du budget total ; de 1983 à 1987, les investissements dans le secteur sanitaire passèrent de 52% à 9% du budget alloué à la santé **[1]**.

Dés le début des années 1980, on constata que d'une part, les moyens consacrés par l'état à la santé s'amenuisèrent et d'autre part la mauvaise gestion des soins de santé s'installa, cette situation conduisit à une dégradation progressive de la qualité des prestations dans les structures sanitaires publiques.

Préoccupés par le souci permanent de trouver des solutions idoines au besoins prioritaires de santé des populations démunies, les ministres Africains en charge de la santé, lors de la 37eme session de l' OMS, convoquée en 1987, à Bamako, adoptèrent une stratégie d' appui à la redynamisation des soins de santé primaire qui fut désormais appelé « Initiative de Bamako » ; dont l' objectif principal était de faciliter l' accessibilité géographique et financière des populations des soins de santé de base tout en garantissant la qualité de ces soins en vue d' une réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Parallèlement Cette dégradation sanitaire ne laissa pas la population indifférente ; mieux, à Banconi un quartier périphérique du district de Bamako, qui pour faire face à leur problème de santé les habitants s'organisèrent.

Ainsi Une mobilisation sociale particulièrement forte s'en était suivie à partir de 1986 aboutissant alors à la naissance en juillet 1988, à la première association de santé communautaire à Banconi dénommée ASACOBBA **[2]**.

C'est dans cette foulée que le Gouvernement Malien accéléra le processus de la mise en œuvre en décembre 1990, de sa politique d'ajustement structurel.

Ainsi, déjà en Mai 2001. **[3]** on comptait près de 567 associations de santé communautaires à travers le pays, 927 en 2006. **[4]**, et près de 954 en fin 2008 **[5]**.

Malgré ces efforts, le grand défi reste à lever puis que ces conditions sont encore loin d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous » tel qu'il figure dans la déclaration d'Alma Ata (Ex URSS) en 1978.

Par ailleurs, Il est extrêmement important de signaler que ces associations de santé communautaire dénommée ASACO possèdent chacun une formation sanitaire dénommée CSCOM (centre de santé communautaire).

Le principe de fonctionnement de ces centres de santé communautaire se fonde essentiellement sur le revenu des ménages, qui demeure très faible pour la grande majorité, à tel point que nombreux sont ceux qui ne peuvent se payer un traitement dans le service de santé. Mais aussi on observa dans de nombreux endroits que la qualité des soins de santé incluant le comportement du personnel de santé reste encore largement en deçà des résultats attendus.

Au regard de ce qui précède et dans l'optique d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous » de la déclaration d'Alma Ata en 1978 et dans le cadre partenarial de la promotion de la santé. La ville de Saint-Denis(France) à initié une coopération décentralisée avec le Mali, un projet de soutien à l'autonomisation des centres de santé communautaires de 3 (trois) communes rurales du cercle de Kayes : Karakoro Djelebou et Sahel pour une période de 2 ans, de 2006 à 2008.

Notre étude s'accroît particulièrement sur une évaluation du projet de soutien à l'autonomisation de 3 centres de santé communautaire de la commune rurale de Djelebou située dans le cercle de Kayes.

Ce projet vise le développement de ces formations sanitaires à travers :

- Le renforcement de la participation des populations de base bénéficiaires,
- La gestion de ces Cscm en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques (MEG) dans les différents Cscm sis cités.

Au terme de 2 ans d'activités la présente offre vise à faire l'évaluation du projet en vue de tirer des enseignements pour sa poursuite.

2. Généralité sur les centres de santé communautaire au Mali

2.1. Définition de la Santé communautaire

Selon Ronchon, la Santé communautaire 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.

La santé communautaire au Mali est née d'un processus de regroupement des populations au sein d'associations dénommée (ASACO) afin de mieux faire face aux problèmes de santé. Les centres de santé communautaire visent le recouvrement des coûts en appliquant une tarification modérée et accessible aux couches les plus démunies, ce qui les confère le qualificatif d'associations à but non lucratif.

La gestion des centres de santé communautaire est de type privée, cela sous entend que chaque formation sanitaire est gérée par l'association de la quelle elle répond ; cette gestion s'appuie alors sur le principe de l'obligation d'équilibrer les comptes et sur l'obligation de résultat pour permettre à l'ASACO de payer le personnel,

renouveler le stock de médicaments et renouveler au besoin le petit matériel. Cette gestion constitue le moteur de la réussite du modèle de santé communautaire.

La santé communautaire est une réponse organisée d'une part aux conséquences du programme d'ajustement structurel, à l'arrêt des contributions de l'Etat aux structures sanitaires, surtout dans les zones urbaines périurbaines et périphériques et d'autre part à la non utilisation des jeunes médecins et infirmiers sortants des écoles sanitaires, sans oublier la présence sur le marché du travail du personnel sanitaire compressé [6].

2.2. Importance et place de la santé communautaire au Mali

2.2.1. L'extension de la couverture sanitaire

La couverture sanitaire s'est nettement améliorée avec l'avènement de la santé communautaire. Ainsi :

- En 1960 : le Mali ne comptait que 19 centres de santé de cercle dirigés pour la plus part par des infirmiers et 122 dispensaires ruraux [7].

- En 1998 : on est passé à 36 centres de santé de cercle et 225 dispensaires ruraux, soit une augmentation de 51,8 % du nombre de formations sanitaires de cercle et de 54,4% de celui des dispensaires ruraux. au cours de la même période, le Mali comptait près de 500 établissements de soins qui comprenaient : 14 hôpitaux, 52 centres de district sanitaire et 270 centres de santé d'arrondissements.

- Dans le secteur privé sans but lucratif
 - 19 centres de santé communautaires ;
 - 20 centres de santé confessionnels ;
 - Et 25 centres de santé associatifs.

- Dans le secteur de santé à but lucratif
 - 30 cabinets. 15 cliniques et 8 cabinets dentaires [8].

En 2008 le pays comptait 954 centres de santé communautaires fonctionnels [9], ce qui a largement amélioré la couverture sanitaire et l'offre d'emploi de beaucoup de jeunes dans le domaine sanitaire du pays.

La proportion de personnes ayant accès à un paquet minimum d'activités (PMA), est passée de 1 % en 1990 [10] à 21 % en 1995 [11]. En 1998, on estimait à 21% la population qui habitait à 5 Km d'un centre de santé communautaire et 34 % à moins de 15 km [8]. En 2001 [12] 30 % de la population située dans un rayon de 5 km et 50 % dans un rayon de 15 km avait accès au PMA offert par les Cscm. En 2003 on est passé de 44 % de PMA dans un rayon de 5 km et 69 % dans un rayon de 15 km [9], ce grand changement positif permettant un accès géographique beaucoup plus facile des soins de population résulte de l'avènement de la santé communautaire.

2.2.2. Indicateurs d'activités

On note une augmentation très sensible des enfants vaccinés comme suit :

- 29 % en 1990
- 38% en 1996
- 52% en 1998
- 55% en 2000 [13].

De même d'après l'enquête nationale de la couverture vaccinale en 1998, il a été constaté que celle-ci était deux fois plus élevée dans les centres de santé à gestion communautaire que dans les autres centres [14].

Il en était de même pour les consultations prénatales et les accouchements médicalement assistés [15,16].

En 2000, il a été observé que 75 % des consultations médicales de premier recours et 70 % des accouchements sont effectués dans un CSCOM [13].

Ces données prouvent une fois de plus la grande contribution des centres de santé communautaire dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile sur toute l'étendue du territoire national.

2.2.3. Ressources humaines

Dans le domaine de la santé, le Personnel sanitaire a connu une évolution ainsi que suit :

- En 1960 : 42 médecins et pharmaciens ;
- En 1979 : 272 médecins et pharmaciens ;
- En 1991 : [17] 465 médecins et pharmaciens.

En décembre 2002 on dénombrait 802 médecins, dont près de 48 % exercent dans les privés, parmi lesquels la part du secteur communautaire représenterait plus de 80 % [8].

En 2000 plus de 1700 agents de santé (médecins, infirmiers, sages –femmes) ont pu être recrutés par les communautés rurales afin de suppléer aux carences de l'Etat du fait de l'ajustement structurel [13].

2.3. Principaux enjeux créés par la santé communautaire au Mali

La santé communautaire bien qu'elle n'ait pas été planifiée par les autorités sanitaires publiques s'est imposée par sa dynamique interne et par le fait qu'elle a pu réduire de moitié les préoccupations prioritaires des populations en matière de soins de santé.

Au delà des enjeux, du système sanitaire, les centres de santé communautaire actuellement répondent parfaitement aux principaux enjeux qui suscitent la convoitise d'une part du pouvoir public et d'autre part les organes dirigeants des associations de santé communautaire, des conseils communaux, les notabilités locales et les députés.

2.3.1. Les enjeux d'ordre politique ou autoritaire

L'avènement de la santé communautaire a occasionné une modification des bonnes relations traditionnelles d'entente et de respect mutuel qui existaient entre les autorités sanitaires publiques et les responsables de structures de santé communautaire.

En effet certains agents de santé communautaire refusent d'obéir aux ordres donnés par les agents de l'administration de la santé publique ; limitant ainsi le champ d'autorité des responsables de l'administration sanitaire.

Pour les représentants des communautés (élus associatifs, élus communautaires, notabilités), les enjeux sont d'ordre politique. En effet les représentants des dites collectivités à travers leur structures associatives, ambitionnent de briguer différents postes électifs y compris celui de maire.

Ainsi par cette voie plusieurs présidents d'ASACO sont élus conseillers municipaux ou maires de leurs localités respectives.

Si ce constat mérite d'être encouragé en ce qu'il peut être un facteur de dynamisme pour booster le développement locale ; il n'en demeure pas moins qu'il faut craindre qu'il ne soit une course pour occuper des postes à des fins d'intérêts personnels au détriment de ceux de la collectivité.

Très souvent les appuis apportés à l'ASACO ne sont pas désintéressés.ils visent plutôt à séduire ou à attirer l'électorat pour conquérir des postes électifs.

Quant aux autorités traditionnelles (conseillers de village, chefs de village et notabilité), elles peuvent d'une part agir pour influencer sur les décisions locales qui

peuvent être délétères à la collectivité et d' autre part agir aussi pour le plus bien de l'ASACO.

2.3.2. Les atouts économiques

2.3.2.1. Pour l'État

L'avènement de la santé communautaire a été un grand soulagement qui lui a permis de se désengager financièrement vis-à-vis des communautés dont la charge pesait de plus en plus lourde sur le budget national.

Au niveau national la contribution des ménages dans les dépenses de santé et des investissements a augmenté considérablement atteignant pour ce faire près de 75 % [18].

2.3.2.2. Pour la communauté rurale

La contribution de la communauté pour la construction des Cscoms est passée de 25 % au cours des 5 dernières années de démarrage de la santé communautaire à 10% en la faveur du PRODESS (programme de développement socio-sanitaire) en 1998 [18].

On a constaté une meilleure accessibilité géographique et financière des populations aux soins médicaux et aux médicaments essentiels.

Par ailleurs un aspect non moins important de l'avènement de la santé communautaire est de remarquer une opportunité d'offre d'emplois aux jeunes diplômés sortants des écoles de santé et qui en plus constitue un facteur de stabilité sociale.

Toujours à l'actif de l'avènement de la santé communautaire, le redéploiement des jeunes médecins dans les campagnes les plus reculées est rendu possible en même que leur encadrement par les médecins expérimentés.

2.3.3. Les atouts sociaux et sanitaires

Une forte dynamique socio sanitaire communautaire s'est instaurée. Cette dynamique a souvent servi à développer une forme de solidarité inter communautaire au niveau des zones couvertes par les associations de santé communautaire.

Cette solidarité trouve son explication dans la facilité et la promptitude avec lesquelles les communautés des différents villages s'acquittent de leur cotisation pour la mise en place des Asacos et des Cscoms. Ce mouvement a suscité une saine émulation au sein des communautés et engendrer un atout social majeur.

2.4. Les atouts du système de santé communautaire au Mali

2.4.1. Au plan politique

Après plus d'une décennie de pratique de santé communautaire et avec l'avènement de la décentralisation dans le pays, il est devenu impérieux d'observer une pause enfin de réfléchir et de dégager un modèle de santé communautaire pour la prise en charge des problèmes prioritaires. Cela avec l'adhésion libre et volontaire des populations bénéficiaires. en définissant les enjeux et les perspectives qui s'offrent à elles afin de se maintenir, voir même s'épanouir sur l'échiquier national comme modèle idéal de prise en charge des problèmes prioritaires de santé des populations avec leur adhésion libre, volontaire et participatif.

2.4.2. Au plan institutionnel

L'ASACO à travers le CSCOM, est dorénavant un partenaire privilégié de l'ETAT et des collectivités décentralisées, à ce titre elle peut signer des contrats pour la mise en œuvre des services de santé publique, recruter du personnel technique compétant n'appartenant pas à la fonction publique créant ainsi des emplois. Cette institutionnalisation offre un cadre idéal pour l'épanouissement de la santé communautaire.

A cet effet une loi initiée par la FENASCOM à travers l'appui financier d'OMAES est en voie d'être votée. [18].

2.4.3. Au plan de la responsabilisation des usagers

L'obligation de résultats permet la gestion et le contrôle de l'ASACO et du CSCOM par les usagers qui leurs confèrent une responsabilité et une participation à la qualité des services et voire même le coût des prestations.

2.4.4. Au plan de la responsabilisation du personnel soignant

Le personnel soignant dont les salaires sont tirés des ressources générées par l'activité du centre de santé, exerce un contrôle sur les membres du bureau de l'ASACO.

Ces derniers sont aussi contrôlés par les communautés rurales à travers leurs comptes rendus annuels.

La fédération nationale des centres de santé communautaire (FENASCOM) exerce aussi à travers ses démembrements, un pouvoir de contrôle sur la gestion administrative et financière de l'ASACO, ainsi que sur la participation communautaire aux activités de mobilisation sociale.

La mairie doit également opérer un contrôle sur la gestion du CSCOM pour s'assurer une plus grande transparence. Ce contrôle, bien qu'il soit autorisé n'est malheureusement pas encore effectif à plusieurs niveaux.

2.4.5. Au plan de l'engagement de la population rurale

L'un des acquis majeurs de la politique de la santé communautaire demeure avant tout l'implication des populations rurales dans la prise en charge de leur propre santé, sous le contrôle de la démocratisation et de la décentralisation par le gouvernement du Mali.

Par ailleurs la mise en application de la politique de la santé communautaire a prouvé qu'il est possible de s'organiser pour se prendre en charge non seulement en matière de santé, mais aussi en matière de gestion des déchets, d'hygiène et d'assainissement.

Nonobstant ce qui précède, il reste entendu que cet engagement des populations rurales ne bénéficie pas toujours de soutien et d'appuis nécessaires des autorités sanitaires qui, après plus de 40 ans de gestion des soins de santé, ne sont pas parvenus aux résultats escomptés pour ce qui concerne la qualité des soins, la disponibilité de médicaments essentiels et la réduction des indicateurs de santé.

2.4.6. Au plan de l'extension de la couverture sanitaire dans le pays

Pour la période allant de 1989 à 2007, le tableau ci-dessous illustre l'extension du nombre de CSCOM dans le district de Bamako et par région ainsi qu'il suit.

Tableau 1: Extension du nombre de Centre de Sante Communautaire dans le district de Bamako et dans les régions de 1989 à 2007.

DISTRICT DE BAMAKO ET REGIONS	ANNEES				
	1989	1994	1999	2003	2007
DISTRICT DE BAMAKO	1	9	15	20	48
KAYES	0	4	11	13	92
KOULIKORO	0	3	13	22	84
SIKASSO	0	3	26	33	142
SEGOU	0	15	17	22	118
MOPTI	0	10	13	26	90
TOMBOUCTOU	0	0	15	18	24
GAO	0	0	10	12	33
KIDAL	0	0	0	0	5
Niveau National	1	44	120	166	636

Il ressort de ce tableau qu'au niveau national le nombre de CSCOM a passé de 1 en 1989 à 636 en 2007 [20].

Par ailleurs il est intéressant de noter que l'extension de la couverture sanitaire a engrangé des résultats remarquables allant de 14% avant la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé à 69% en 2003 dans un rayon de 5 km [8,9].

En ce qui concerne les ASACO sur les 534 que comptait le pays en fin 2002, 453 étaient fonctionnelles soit 84,7%. De 2004 à 2009, le nombre des ASACO a passé de 666 à 954 [4,5]. Actuellement le nombre de CSCOM est à 1054.

Cependant cette fonctionnalité reste fragile du fait de l'instabilité du personnel très souvent tenté de se faire recruter dans la fonction publique de l'État au détriment de la fonctionnalité des Cscm. Parmi les Cscm fonctionnels, 34,5% sont implantés dans les aires de plus de 15 000 habitants et les 65,5% dans les aires de moins de 15 000 habitants [18].

En termes d'utilisation des services au niveau du premier recours, 75% des consultations et 70% des accouchements sont réalisés dans les Cscm en 1999 [21].

L'approvisionnement en médicaments s'est amélioré grâce à la mise en place d'une politique nationale cohérente dans ce domaine avec la levée du monopole sur l'importation et la distribution des médicaments essentiels. Mais il reste que la rigidité du schéma Directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels qui impose aux Cscm de s'approvisionner exclusivement à la PPM ou aux dépôts répartiteurs de cercle entraîne le renchérissement de certains prix au public et la rupture du stock de certaines molécules ne permet pas aux Cscm de profiter de la libéralisation du marché des médicaments, décidée par l'État>>.

L'équipement des Cscm en RAC et la mise en place dans plusieurs districts sanitaires d'un système de référence évacuation pour la réduction de la mortalité maternelle avec le partage de coûts entre les ASACO, les ménages et le district sanitaire (CSRéf) constituent un atout majeur de la santé communautaire.

2.5. Les défis du système de santé communautaire au Mali

Bien que la santé communautaire constitue une opportunité pour l'accessibilité et l'amélioration de l'offre des soins, il n'en demeure pas moins que celle-ci reste confrontée à un certain nombre de défis auxquels elle doit faire face si elle veut se maintenir et poursuivre son évolution.

On peut citer entre autres :

- L'insuffisance de vie démocratique au sein des associations.
- Le manque de transparence dans la gestion.
- La difficile cohabitation des services sanitaires de l'État avec les Cscm.
- La mauvaise perception des Cscm.
- L'insuffisance des financements des Cscm. [18].

3. Objectifs

3.1. Objectif Général

Evaluer la capacité d'autonomisation de trois centres de santé communautaire en milieu rural dans le cercle de Kayes.

3.2. Objectifs spécifiques

- Analyser le processus de mise en œuvre du projet d'autonomisation des centres de santé communautaire de Tichy, Aourou et Serenaty situés dans la commune rural de Djelebou.
- Analyser la cohérence et la pertinence du projet de soutien à l'autonomisation des centres de santé de Tichy, Aourou et Serenaty.
- Analyser l'efficacité et l'efficience des activités des centres de santé de Tichy, Aourou et Serenaty.
- Analyser les viabilités technique et financière des centres de santé de Tichy, Aourou et Serenaty.
- Analyser le niveau de collaboration entre les parties prenantes : Mairie de saint -Denis, la commune rurale de Djelebou et les trois (3) ASACO, les associations Giddimaxa Jikké (Mali et France), les autorités sanitaires locales et régionales.

4. Méthodologie

4.1. Cadre d'étude

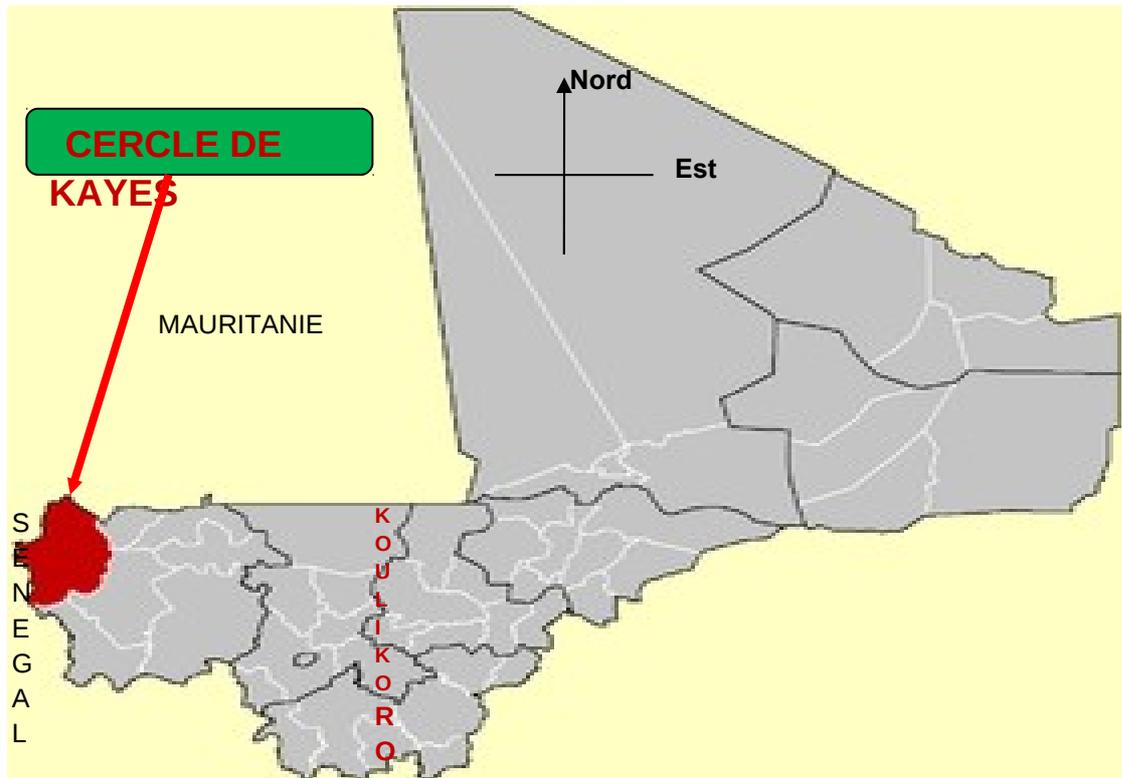


Figure 1 : La carte du Mali avec zone d'étude en rouge (cercle de Kayes) [22].

4.1.1. République du Mali

Cette étude a été menée dans la République du Mali située au cœur de l'Afrique occidentale précisément dans le cercle de Kayes. Le Mali s'étend du plein cœur du Sahara au nord, jusqu'à la limite de la zone des grandes savanes au sud.

Le Mali partage ses frontières avec sept (7) Etats voisins : l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest.

La République du Mali couvre une superficie de 1.241.238 km² et a pour capitale **Bamako**. Le Pays est divisé en 8 régions administratives : Kayes (région concernée par cette étude), Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal ; et le District de Bamako [23].

La population du Mali est de 14 517 176 Habitants en 2009 [23]. L'espérance de vie à la naissance est de 45 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes, les dépenses totales consacrées à la santé par habitant est de « 60 \$ international » en 2005 [23].

4.1.2. Présentation de la région de Kayes

- **Rappel historique**

Berceau des grands royaumes Massassi du Kaarta, Khasso, Logo,..., l'histoire de la région de Kayes est en partie liée à la colonisation. Ancienne capitale du Haut Sénégal Niger de 1895 à 1908, Kayes est devenue Commune mixte le 1^{er} janvier 1919, érigée en commune de plein exercice le 18 novembre 1956 pour ensuite devenir 1^{ère} région administrative du pays par la loi N° 060-3 ALRS du 6 juin 1959 portant organisation territoriale de la république Soudanaise.

- **Rappel géographique**

La région de Kayes est située dans la partie Ouest de la République du Mali et couvre une superficie de 120 760 km², ce qui représente 9,7 % du territoire national. Elle est limitée à l'Est par la région de Koulikoro, à l'Ouest par la République du Sénégal, au Nord par la République Islamique de Mauritanie et au Sud par la République de Guinée

La population totale est estimée en 2009 à 1 829 230 habitants (DRPSIAP). Elle est caractérisée par sa diversité ethnique. On y rencontre principalement les Kassonkés, les Malinkés, les Soninkés, les Peuls et les Maures. La densité moyenne est de 15,15 habitants /km². Le taux d'accroissement annuel moyen est de 2,3 %. La région est caractérisée par une forte migration de ses populations, surtout dans les cercles de Yélimané, Kayes (cercle concerné par cette étude), Diéma et Nioro.

Le relief de la région de Kayes est accidenté, particulièrement dans les cercles de Kéniéba, Yélimané et de Kayes, dominé par la falaise du Tambaoura avec son point culminant de 806 mètres d'altitude.

Sur le plan climatique, la région couvre :

- une zone sahélienne aride au Nord, domaine de la steppe, formation épineuse à prédominance d'Acacia, du Balanites et Zizyphus (Yélimané, Diéma et Kayes) ;
- une zone pré guinéenne à l'extrême sud de la région ;
- une zone soudanaise avec un couvert végétal constitué de nombreuses combrétacées, la savane herbeuse, de grands arbres tels que le Parkia, Biglobosa, Bitallaria, Paradoxal et beaucoup de légumineuses.

La superficie totale des forêts classées et des réserves de faune est estimée à 870 025 Ha.

Les températures varient entre (26 à 35° SF) et (30 à 45° SS). Les vents dominants sont l'harmattan et la mousson. Les différentes saisons sont : la saison sèche et la saison pluvieuse.

Les sols sont constitués de sols limoneux très fertiles, de vertisols, de sols ferrugineux et de sols sableux.

- **Sur le plan économique_**

L'économie repose le commerce et essentiellement sur les activités du secteur primaire (agriculture, élevage, pêche et cueillette) et le transport. Le sol est riche en Or et bien d'autres gisements.

- **Sur le plan sanitaire**

La région de Kayes compte à la date du 31 décembre 2009 : 1 hôpital, 7 Centres de Santé de Référence, 229 CSCOM dont 171 fonctionnels, 8 cliniques médicales privées, 11 cabinets médicaux, 3 CMIE (Kayes, Bafoulabe et Kita), 2 structures de garnison (Kayes, Nioro), 7 structures confessionnelles. La région compte aussi 36 pharmacies.

La couverture sanitaire est inégalement répartie. Elle est comprise entre 50% à Bafoulabe et 80% à Yélimané. Il faut rappeler l'effort des communautés particulièrement les migrants dans l'amélioration de la couverture sanitaire. Notons cependant que la forte implication des communautés et les efforts qu'elles ont consentis, perceptibles à travers les réalisations physiques des structures de premier niveau, ne sont pas soutenus par un recrutement conséquent de personnel qualifié et se font dans certains cas indépendamment de la carte sanitaire. Tout ceci est limitatif et préjudiciable à la qualité des soins prodigués aux populations et à l'accessibilité géographique.

4.2. Les approches méthodologiques

Deux (2) approches méthodologiques complémentaires ont été utilisées à savoir:

- la collecte des données quantitatives et qualitatives
- la revue documentaire

4.2.1. La collecte des données quantitatives et qualitatives

Consiste à collecter les données nécessaires afin de pouvoir mesurer l'atteinte des objectifs ainsi que l'impact du projet.

Elle comprend :

- **Les Entretiens individuels semi-directs ont eu lieu avec**
 - les responsables du projet,

- Monsieur le Maire de Saint-Denis,
 - les Présidents des Associations Giddimaxa Jikké (Mali et France),
 - le Maire de Djelebou,

 - les Chefs de Centre des trois (3) Cscm,
 - le Médecin - Chef du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Kayes,
 - le Directeur Régional de la Santé de Kayes.
- **Les Entretiens en focus group semi-structuré ont eu lieu avec les bénéficiaires locaux à savoir:**
 - les membres des organes de gestion des ASACO,
 - le conseil communale de la commune rurale de Djelebou
 - le personnel soignant des trois (3) Cscm,
 - les groupements féminins et des jeunes,
 - les membres des ASACO.

- **L'observation directe non participante**

Elle a été faite au niveau des Cscm pour apprécier :

- le degré de fréquentation,
- l'état des équipements,
- l'accueil des patients par le personnel,
- le respect des horaires de travail etc....

4.2.2. L'analyse documentaire

Elle complète l'approche méthodologique à travers le dépouillement et l'analyse de tous les documents du projet et les différents rapports d'activités et de suivi d'évaluation réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de l'action.

L'appréciation du niveau des indicateurs s'est faite sur la base des données quantitatives obtenues au moyen de la revue documentaire.

4.2.2.1. Les indicateurs de performance technique

Ils seront calculés afin de donner une appréciation globale sur la viabilité du projet.

Il s'agit :

- du ratio d'adéquation des ressources humaines,
- du taux de fréquentation,
- du taux d'accouchements assistés,
- d'indice d'assiduité aux CPN,
- du taux de couverture en antigènes du PEV.

Mais aussi des indicateurs de viabilité financière à savoir :

- le taux de productivité financière du personnel,
- l'indice de maintien du capital,
- le taux de recouvrement des médicaments,
- le taux d'équilibre des prestations,
- le taux de productivité financière du personnel soignant (médecin sage femme, matrone...) pour donner une appréciation globale de la viabilité du projet.

Figure 2 : zones de l'étude en rouge sur la carte [25].

4.3.2. La population ciblée

Concerne :

- les responsables municipaux de la Mairie de saint – Denis en France ;
- les responsables communaux de la mairie de Djelebou dans le cercle de Kayes ;
- les représentants des associations de **Giddimaxa Jikké** France et **Giddimaxa Jikké** Mali
- les membres des ASACO des aires de santé d'Aourou, Tichy, Serenaty;
- les chefs de centres de santé communautaires des ASACO ci-dessus mentionnés ;
- les chefs des villages d'Aourou, Tichy, Serenaty ;
- les utilisateurs des services des aires de santé d'Aourou, Tichy, Serenaty,
- les responsables sanitaires du CSRéf de Kayes, de la Direction régionale de la santé de Kayes.

4.4. Période et durée de l'étude

L'étude s'est déroulée en 80 jours. Mais la présence sur le terrain s'est effectuée en deux étapes :

- à Saint Denis en France du 12 au 19 novembre 2009,
- à Kayes au Mali du 8 au 18 février 2010.

La phase de saisie et de rédaction du rapport s'est déroulée du 9 au 20 avril 2010.

4.5. Ressources humaines

Une équipe de trois consultants ayant des compétences requises, (en santé publique, qualité des soins et en décentralisation) est chargée de faire l'évaluation.

Il s'agit de :

- Dr Akory AG IKNANE, Maître assistant en santé Publique à la FMPOS, spécialisé en santé communautaire et décentralisation, chercheur principal

- Dr Mamadou TRAORE, Pharmacien, spécialisé en gestion des services de santé et de population, en décentralisation, chercheur associé
- Pr Sambou SOUMARE, chirurgien à la retraite, assure la coordination technique de la consultation sur le terrain.

La phase de terrain a été conduite par une équipe de 18 enquêteurs placés sous la supervision de deux médecins de santé publique dont l'un est installé dans la région de Kayes et l'autre est le président de l'association des médecins de campagne.

4.6. Considérations éthiques

Avant le démarrage des travaux sur le terrain, le projet a été présenté le 22 décembre 2009 à la commission Nationale d'Ethique pour la santé et les sciences de la vie (CNESS).

Après un avis des autorités sanitaires de la région et du centre de santé de référence de Kayes, une fiche de consentement éclairé a été présentée à tous les intervenants avant le démarrage des activités de recherche. Les informations ont été collectées sous anonymat avec garantie de la confidentialité. Les résultats de l'évaluation seront restitués non seulement au commanditaire, mais aussi aux populations concernées.

4.7. Importance de l'Evaluation

L'évaluation du projet qui se veut pragmatique, tiendra compte du processus par lequel les différentes composantes (tactique) sont mises en œuvre à travers les liens entre les différentes activités et les partenaires (opérationnelle) et des effets produits (résultats obtenus sur le terrain).

Au regard des objectifs fixés et des termes de référence, nous analyserons toutes les composantes du projet afin de dégager les dysfonctionnements dans l'optique de faire des recommandations prenant en compte l'amélioration de la stratégie et la méthodologie d'interventions future du projet en vue de sa pérennité .

4.7.1. L'évaluation du processus

Elle portera sur les moyens, les services produits et leur adéquation avec les besoins des bénéficiaires ainsi que sur l'aspect organisationnel mis en place par le projet pour assurer l'efficacité, l'efficience et la durabilité des services produits.

4.7.2. L'évaluation des effets

Elle Veillera sur détermination des résultats obtenus par le projet au regard des objectifs préalablement fixés.

5. Les résultats

5.1. Analyse stratégique

5.1.1. Approche stratégique

La Stratégie globale du projet vise à améliorer l'accès aux soins de santé primaire des habitants de la commune de Djelebou à travers la recherche de l'autonomisation de ces Cscm au moyen du renforcement de la gestion, des compétences des acteurs et de la participation communautaire.

Cette stratégie a été élaborée suite au constat d'échec de la première phase du projet santé conduite de 1998 à 2000 et après un forum tenu en 2004 avec les principaux acteurs locaux (communautés, autorités sanitaires régionales).

L'objectif général est bien formulé. Il se décline en quatre principales activités avec leurs résultats attendus avec des indicateurs objectivement vérifiables pour chaque objectif. Le dispositif conceptuel est à même de contribuer à l'amélioration des soins de santé dans le cadre d'une autonomisation des centres de santé cibles. Les principales stratégies élaborées pour répondre aux objectifs spécifiques visés par le projet se résument comme suit

- le renforcement des capacités des acteurs à travers la formation en gestion administrative, comptable et financière après l'identification des besoins en formation des acteurs
- l'approvisionnement des Cscm en médicaments essentiels génériques à travers la mise en place d'un véhicule assurant la livraison in situ des médicaments dans les différents Cscm et l'accompagnement à travers le suivi des caisses pharmaceutiques
- l'amélioration de la gouvernance locale à travers la tenue des réunions des organes de gestion des ASACO et l'appui à l'information et sensibilisation pour le bon déroulement des activités de prévention
- la mise en place d'un coordinateur du projet au niveau des zones d'intervention et d'une référente santé par la direction de la santé de la Mairie de Saint Denis pour le suivi du projet dans son ensemble.
- le suivi-évaluation régulier des 3 Cscm pour un transfert progressif des compétences dans les domaines de la gestion et la bonne gouvernance.

Les objectifs spécifiques (1) identifiés pour permettre l'accès aux soins de santé primaire des communes concernées et favoriser leur autonomisation permettent s'ils sont mis en œuvre de répondre à l'objectif global.

Les ressources financières mobilisées sur une durée de 24 mois pour la mise en œuvre des stratégies identifiées sont de l'ordre de 38 610,25 euros dont 66 % ont été financés par l'Agence Française de Développement et 20, 24 % par la mairie de saint Denis. En termes de ressources matérielles et logistiques, le projet a financé l'achat d'un véhicule à 15 000 Euro pour assurer l'acheminement des médicaments au niveau des différents centres de santé. L'apport du projet en ressources humaines a consisté au recrutement d'un médecin coordinateur du projet au niveau local et d'une référente santé pour le suivi du projet dans son ensemble depuis la ville de Saint Denis en France.

5.1.2. Cohérence du projet

Les objectifs formulés se fondent sur la situation problématique initiale, fruit du constat d'échec de la première phase du projet. Ainsi les objectifs spécifiques énoncés sont en rapport avec le constat initial de sous-fréquentation des Cscm et de la mauvaise gouvernance des ASACO des localités concernées. De plus le projet est en parfaite cohérence avec la politique sectorielle de santé et de population émanant de l'Initiative de Bamako à travers la fourniture par le CSCOM du paquet minimum d'activités, l'approvisionnement en médicaments essentiels et la promotion de la participation et l'animation communautaire.

Le projet manque de cohérence d'ensemble lié à l'absence d'ancrage institutionnel avec les structures sanitaires régionales et locales (district sanitaire), apte à soutenir le projet et assurer sa pérennité. Même si dans la conception initiale, les autorités sanitaires régionales ont été impliquées dans la formulation et dans la mise en œuvre du projet, cette implication ne s'est pas manifestée. L'absence d'un partenariat formel entre les structures sanitaires locales et régionales et les acteurs locaux (associations de santé communautaire, mairie) entrave le bon déroulement des activités du projet.

S'agissant de la référente Santé, les attributions (suivi de l'ensemble des activités du projet en terme de formation, d'approvisionnement en médicaments, de recrutement du suivi-évaluation et de partenariat) sont similaires aux prérogatives du Médecin - Chef du Centre de Santé de Référence. Ce conflit de compétence serait certainement à la base du désintérêt de ce dernier dans le suivi et la formation des ASACO/CSCOM, freinant ainsi leur évolution. De même les attributions du coordinateur du projet en terme de formation en gestion administrative et financière, suivi-évaluation des ASACO, animation communautaire relèvent du domaine de compétence du médecin-chef du district sanitaire. L'absence de lien défini par le projet entre la référente santé, le Coordinateur du Projet et le Médecin - Chef du Centre de Santé de Référence, explique le manque de cohérence dans la mise en œuvre des activités du projet. Le suivi des activités du projet relevant de la référente santé, n'a pu être réalisé qu'une seule fois au cours des deux (2) années de mise en œuvre.

Le contexte géopolitique local n'est pas suffisamment pris en compte dans la mise en œuvre de la cohérence du projet. Le partenariat tripartite direct entre la Mairie de Saint Denis, les collectivités décentralisées de la commune concernée et l'Association Giddimaxa Jikké Mali n'a pas favorisé l'implication de l'Association de Giddimaxa Jikké France et celle des autorités sanitaires au niveau District sanitaire et régional. Cette situation a poussé certaines communautés à se désintéresser de leurs formations sanitaires ayant pour conséquence, le constat initial relatif à la sous-fréquentation des Cscm.

Par rapport au Coordinateur recruté pour le projet, on constate que son niveau de qualification à savoir médecin généraliste ne correspond pas au niveau de formation requise pour assurer cette fonction.

En effet pour un coordinateur de ce type de projet il faut avoir des compétences d'une part en comptabilité analytique exigeant un profil de comptable ou spécialiste en santé publique et d'autre part en économie de la santé. Tel n'est pas le cas avec le coordinateur recruté.

Par ailleurs pour faciliter la communication entre les populations Soninkés et le coordinateur du projet, ce dernier devrait pouvoir parler la langue Soninké ; là encore cette exigence n'a pas été respectée dans le choix du coordinateur.

Les résultats escomptés n'ont pas été à hauteur de souhait.

5.1.3. Analyse de la Pertinence du projet

Les principales activités pertinentes sont :

- l'identification des besoins de formation des acteurs locaux,
- l'appui au renforcement des caisses pharmaceutiques et au système d'approvisionnement en médicaments,
- le suivi-évaluation.

Par contre, les résultats escomptés sont ambitieux et ne sont pas en adéquation avec les moyens humains mobilisés pour ces différentes actions. Un coordinateur qui ne parle pas la langue locale et établi en dehors de la zone du projet, peu expérimenté en matière de gestion administrative et financière n'est pas le meilleur choix pour les ambitions d'un tel projet. De plus, il n'est pas en lien étroit avec les autorités sanitaires du district sanitaire dans lequel s'inscrit son action, ce qui handicape sévèrement ses activités.

Les attributions du Coordinateur sont trop ambitieuses pour le projet en phase de démarrage. Les activités prévues dans la mise en œuvre du projet (voir cadre logique du projet) n'ont pas tenu compte du contexte de la géopolitique locale. Un tel projet impose un partenariat dynamique efficace entre d'une part les principaux

acteurs locaux (mairie, associations de santé communautaire, de Gidimaxa Jikké, autorités sanitaires) eux même, et d' autre part entre eux et les partenaires financiers (Mairie de saint Denis, Associations Gidimaxa Jikké France).

Certaines de ses initiatives ne sont pas pertinentes, notamment le projet d'installation de dépôt répartiteur de médicaments essentiels à Aourou. Cette initiative aurait du se négocier avec les autorités sanitaires, si elles avaient été directement impliquées dans la mise en œuvre des activités du projet. L'activité en elle-même reste pertinente pour faciliter l'accès aux médicaments avec moins de risque de ruptures, étant donné l'enclavement de la zone d'intervention en certaines périodes de l'année.

Placer le Coordinateur du projet sous la responsabilité administrative et contractuelle de l'Association Gidimaxa Jikké Mali ne garantit pas l'efficacité des résultats. Si cette action reste cohérente par rapport au montage institutionnel du projet, au plan stratégique et opérationnel, la faiblesse institutionnelle de l'association face au médecin coordinateur ne saurait donner les résultats souhaités en terme de supervision de ce dernier par rapport au niveau de compétence technique de l'association dans ce domaine.

Il aurait été souhaitable de placer le coordinateur sous la responsabilité administrative de la mairie de la commune concernée, chef lieu de son implantation et permettre techniquement à travers un contrat de collaboration avec le médecin-chef du district sanitaire d'en assurer la supervision technique et l'appui conseil dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités.

Un tel ancrage institutionnel aurait l'avantage de mieux renforcer les liens de collaboration et de partenariat entre les collectivités décentralisées du Mali, de France et les autorités sanitaires de la région de Kayes. Dans ce maillage institutionnel, les associations de la société civile (ASACO, Association Gidimaxa Jikké Mali) trouveront leur place au terme de dispositions de la Loi N° 04-034 relative aux associations en république du Mali et celles de l'Arrêté interministériel N° 94 - 5092 modifié par l'Arrêté N° 95-1262 relatif aux modalités de création, de gestion, de fonctionnement des centres de santé communautaire et de référence du Mali.

Les structures de coordination et d'animation du projet ne sont pas pertinentes en particulier les deux comités de pilotage Franco-Malien en ce sens l'un installé en France, l'autre au Mali. La lourdeur administrative de cette gestion rend inefficace leur action. Les réunions statutairement programmées par les deux organes ne se sont pas tenues régulièrement. De telles rencontres auraient constaté le manque de collaboration entre les différents acteurs et proposé des solutions alternatives pour ne pas entraver le bon déroulement des activités du projet.

5.2. Analyse de l'intervention

Dans ce chapitre nous analyserons les principaux objectifs fixés par le projet depuis son démarrage au regard des activités prévues. Cette analyse se fonde sur les réalisations constatées sur le terrain grâce aux entretiens auprès des principaux acteurs du projet (responsables des Cscm, organes de gestion des ASACOs, associations de la société civile impliquées (Giddimaxa Jikké Mali et Giddimaxa Jikké France) les partenaires du projet notamment le centre de santé de référence et la direction régionale de la santé de Kayes. Nous analyserons en plus des entretiens individuels et de groupe les résultats d'activités produits par les 3 Cscm au regard des activités prévues dans le cadre de la mise en œuvre du projet.

Les quatre principaux objectifs du projet se résument comme suit :

1. Soutenir l'implication de 90 % des membres des 3 ASACOs dans la gestion de leurs Cscm et la pratique de la bonne gouvernance d'ici la fin du projet.
2. En collaboration avec la Direction Régionale de la Santé et le Médecin-chef de Kayes, amener les 3 Cscm à mettre en place, une permanence des soins, une disponibilité permanente des médicaments essentiels génériques et vaccins ainsi qu'une référence évacuation organisée d'ici la fin du projet.
3. Amener 60 % de la population de l'ensemble des villages de la commune à connaître et intégrer les objectifs du projet, les objectifs des Cscm, les activités des Cscm, l'intérêt des MEG, des Consultations prénatales, des accouchements assistés, de la vaccination et à accroître leur participation aux dites prestations d'ici la fin du projet.
4. Soutenir l'implication du maire de ladite commune, 90 % des professionnels de santé des 3 Cscm et 90 % des membres des ASACOs dans :
 - le cadre de concertations locales, communales, intercommunales ou régionales sur les questions de santé.
 - les réseaux de partenaires formels ou informels sur le développement local de la région d'ici la fin du projet.

Le tableau ci-dessous donne les principales activités programmées par le projet et leur niveau de réalisation pour répondre à l'objectif fixé.

Tableau 2 : État de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 1.

Objectif spécifique 1 : Soutenir l'implication de 90 % des membres des 3 ASACO dans la gestion de leur CSCOM et la pratique de la bonne gouvernance d'ici la fin du projet		
Activités programmées	Etat de réalisation	Observations
En collaboration avec le CSRéf, identifier les besoins en formation des membres des ASACO,	- NR	Une formation en périnatalité a été organisée
Mettre en place et organiser les formations complémentaires sur le plan comptable et la gestion des ressources humaines (fiche de poste,		Le niveau de qualification du coordinateur ne permettait pas d'organiser ces formations
Mise en place ou actualisation du		Le manque de collaboration avec le CSRéf a favorisé la non réalisation des activités
Accompagner les comités de gestion dans le déroulement des contrôles des caisses des médicaments et de la tarification	- PR	L'absence du coordinateur sur le terrain son niveau de qualification et le fait de ne pas parler la langue locale ont été un handicap

Encourager la tenue régulière des rencontres entre ASACO et élus	- NR	Absence sur le terrain
Enrichir ses rencontres des éléments d'analyses financières fournis à partir des CSCOMs par l'expert comptable		Faible implication dans la gestion des ASACO/CSCOM Manque de compétence du coordinateur
Organiser une réflexion collective sur les possibilités de mise en commun des ressources entre CSCOM,	NR	Le système de référence évacuation est un dispositif mis en place par l'Etat à travers les CSRéf. Aucune innovation n'a été suggérée pour son amélioration par le coordinateur
Amélioration du système de référence (transport, financement, outils de suivi)		
la prise en charge des indigents,		
sur la promotion d'une couverture mutualiste de santé		
Sur 10 activités planifiées pour la mise en œuvre de cet objectif, une seule a été partiellement réalisée soit 10 %		

RI : Règlement Intérieur, NR : non réalisé, PR : Partiellement réalisé, R : réalisé

L'enquête auprès des populations et utilisateurs de service révèle que les membres des ASACO n'ont pas bénéficié de formation en gestion et qu'aucune information ne leur a été donnée ni sur les possibilités de mise en commun des ressources des ASACO, ni sur une éventuelle mutualisation.

Tableau 3 : État de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 2.

Objectif spécifique 2 : En collaboration avec la DRS et le Médecin-chef de Kayes, amener les 3 CSCOM à mettre en place, une permanence des soins, une disponibilité permanente des médicaments essentiels génériques et vaccins ainsi qu'une référence évacuation organisée d'ici la fin du projet.		
Activités programmées	Etat de réalisation	Observations
Appuyer le CSRéf dans ses missions	- 4 Activités : NR	Aucune implication du CSRéf n'a été observée ni en terme de formation ni dans la transmission des rapports réalisés par le coordinateur ; Par contre le Coordinateur participe à toutes les rencontres techniques organisées par le CSRéf sur invitation de ce dernier
Supervision des activités		

Contribuer à l'organisation des formations continues du personnel en particulier sur la formation de formateurs des relais communautaires, les MEG, le PEV,	- Formation pour l'amélioration et la survie du développement de la mère et de l'enfant : Réalisée	
Stratégie pour l'amélioration		
Survie du développement de la mère et de l'enfant		
Développer une réflexion sur la formation nécessaire du personnel de santé pour améliorer la qualité de l'accueil (gestion de l'attente, le refus de recevoir la nuit, la confidentialité...)	- 1 Activité: NR	L'absence du coordinateur sur le terrain n'a pas permis de développer l'assurance qualité au niveau des CSCOMs La non implication du CSRéf a rendu difficile la mise en œuvre de cette activité
Consolider le circuit d'approvisionnement en MEG	- 1 Activité : Réalisé	
Sur Sept activités planifiées, 2 ont été réalisées, soit un taux de réalisation de 28,5 %.		

Tableau 4 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 3.

Objectif spécifique 3 : Amener 60 % de la population de l'ensemble des Tableau 3 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 3.

villages de la dite commune à connaître et intégrer les objectifs du projet, les objectifs des CSCOM, les activités des CSCOM, l'intérêt des MEG, des Consultations prénatales, des accouchements assistés, de la vaccination et accroître leur participation aux prestations d'ici la fin du projet.

Activités programmées	Etat de réalisation	Observations
Construire une démarche participative sur l'utilisation des MEG	- 1 Activité : Réalisé.	Le niveau de fréquentation des CSCOM en progression sur les 3 ans et le coût moyen de l'ordonnance en hausse dénote de l'utilisation des MEG

Appuyer les campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation, notamment en matière de vaccination et soutenir le projet du centre de référence pour la mise en place de relais villageois	- 1 Activité : NR	Le niveau de fréquentation des CSCOM en progression sur les 3 ans et le coût moyen de l'ordonnance en hausse dénote de l'utilisation des MEG.
Appuyer les campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation, notamment en matière de vaccination et soutenir le projet du centre de référence pour la mise en place de relais villageois	- 1 Activité : NR	L'absence du coordinateur sur le terrain n'a pas favorisé la réalisation de cette activité
Aider les ASACO à démontrer la nécessité d'accroître la participation financière des habitants pour atteindre une quantité de soins satisfaisante (par groupe de discussion, des conférences...)	- 1 Activité : NR	Absence sur le terrain du coordinateur Faible implication du coordinateur dans la gestion des ASACO/CSCOM
Sur quatre activités planifiées pour répondre à cet objectif, une seule a été réalisée soit 25 % de réalisation		

Tableau 5 : Etat de mise en œuvre des activités programmées par le projet par rapport à l'objectif spécifique 4.

Objectif spécifique 4 : Soutenir l'implication de la mairie de Djelebou, 90 % des professionnels de santé des 3 CSCOM et 90 % des membres des ASACO dans le cadre de concertations locales, communales, intercommunales ou régionales sur les questions de santé, les réseaux de partenaires formels ou informels sur le développement local de la région d'ici la fin du projet.		
Activités programmées	Etat de réalisation	Observations
Elaborer un état des lieux avec les partenaires du développement du territoire (ASACO, personnel soignant, associations et ONG, maires, DRS, mairie de Saint Denis)	- 2 Activités : NR	L'état des lieux n'a pas été réalisé et de plus le partenariat avec les autres partenaires n'a pas été suscité. Les deux comités de pilotage du projet n'ont pas fonctionné, ce qui aurait favorisé

Soutenir la complémentarité entre ces acteurs		l'émergence d'un partenariat et une collaboration entre acteurs plus efficace. La mésentente entre les porteurs du projet (Jikké Mali et France) n'a pas favorisé cette collaboration entre partenaires. La visite organisée par la Mairie de Saint Denis dans la localité n'a pas été suivie par les deux partenaires traditionnels de Jikké. Cette discorde est à la base de la scission entre les ASACO de Tichy et Léa autrefois unies.
Aider à mobiliser les ressources associatives et économiques locales pour un développement local	- 1 Activité : NR	Le manque de suivi rapproché des CSCOMs et ASACO et de supervision formative a été un obstacle
Contribuer à la réflexion avec la DRS sur le PRODESS II	- 2 Activité : PR	La participation du coordinateur du projet à toutes les rencontres organisées par le CSRéf ont permis sa contribution au PRODESS. Par contre, il apporte peu éléments du terrain à cause de son absence notoire. Il demande au CSRéf de le fournir des données de terrain, ce que ce dernier lui a toujours refusé.
et la carte sanitaire par l'apport d'éléments de terrain		
Cordonner les initiatives venant du territoire de saint Denis en matière de don ou projet associatifs	1 Activité : Réalisé	Bien que nous n'ayons pas eu des éléments de vérification, nous pensons que cette coordination s'est faite.
Sur les six activités programmées pour cet objectif, deux sont réalisées soit 33 %.		

Globalement, les 4 objectifs spécifiques du projet avaient été scindés en **27** activités, parmi lesquelles **6** seulement ont été entièrement ou partiellement réalisées, soit un taux de réalisation globale de **22,2 %**. Si, **moins d'une activité sur quatre** n'a pu être réalisée, ceci pourrait s'expliquer en partie par :

- le manque de collaboration entre les associations porteuses du projet (Giddimaxa Jikké Mali et Giddimaxa Jikké France), en raison de leur mésentente. Cette situation conflictuelle s'explique d'une part par le fait que la Mairie de Saint Denis a confié la responsabilité du projet à l'association installée au Mali d'autre part par le fait, que l'association Giddimaxa Jikké France, estimant à tort ou à raison qu'étant à la base de la création de l'association Giddimaxa Jikké Mali doit répondre d'elle.
- Giddimaxa Jikké France estime aussi être marginalisée par la mairie de Saint Denis dans la mise en œuvre du projet. Par ailleurs l'appartenance des responsables et leaders associatifs (Giddimaxa Jikké Mali) à des formations politiques rivales a davantage compliqué la situation (contexte géopolitique) ;

- la faible implication des autorités sanitaires du cercle de Kayes dans la mise en œuvre du projet ;
- l'ancrage institutionnel du projet qui place le coordinateur sous la responsabilité hiérarchique de l'association Giddimaxa Jikké Mali, qui ne dispose pas des compétences nécessaires pour assurer le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des activités planifiées ;
- le conflit de compétences suscité par les responsabilités confiées au coordinateur, qui, pour une grande part, relèvent du médecin-chef du district sanitaire ;
- le niveau de qualification du coordinateur (médecin généraliste) qui ne correspond pas au profil de poste exigé dans le document de projet ;
- l'absence du coordinateur sur le terrain en violation des clauses de son contrat, ce qui a rendu difficile le suivi des activités, la formation continue du personnel dans le domaine de la qualité des soins, l'accompagnement nécessaire aux ASACOs , aux gérants et chefs de centre dans le domaine de la gestion du centre et de la pharmacie ;
- les difficultés de communication avec les populations en raison de la barrière linguistique n'a favorisé ni l'organisation des ASACOs, ni le rôle d'appui conseil pour la bonne gouvernance ;
- l'insuffisance de supervision de l'association Giddimaxa Jikké Mali par rapport aux activités du coordinateur (les personnes interrogées disent qu'elles n'ont pas été impliquées dans son recrutement et ne sont pas au courant des activités qu'il mène).
- Nous n'avons pas retrouvé les rapports élaborés par le coordinateur ni au niveau de l'association Giddimaxa Jikké Mali, ni au niveau du CSRéf de Kayes.
- l'absence de la tenue des organes de gestion du projet (comité de pilotage Mali et France) qui auraient pu faciliter les échanges et la collaboration entre les différents acteurs du projet,
- la faible implication des autorités politiques au niveau local (Conseil de cercle), qui au nom de l'arrêté interministériel N° 94-5092 veillent au bon fonctionnement des Cscm à travers la tenue statutaire des conseils de gestion du CSRéf. Ce conseil réunit toutes les ASACO du cercle, les maires de communes, les députés pour faire le bilan des activités sanitaires.

Notons par contre qu'il n'a pas été facile d'évaluer le niveau de réalisation des activités parce qu'elles ne sont pas chiffrées. Les indicateurs de performance des Cscm étudiés constituent une évaluation indirecte de l'intervention, même s'il est difficile de lier les résultats obtenus au projet. Par contre une évolution favorable de ces indicateurs plaidera en faveur de l'efficacité des interventions du projet. Les entretiens avec les populations compléteront cette analyse.

5.3. Analyse de l'efficacité et de l'efficience du projet

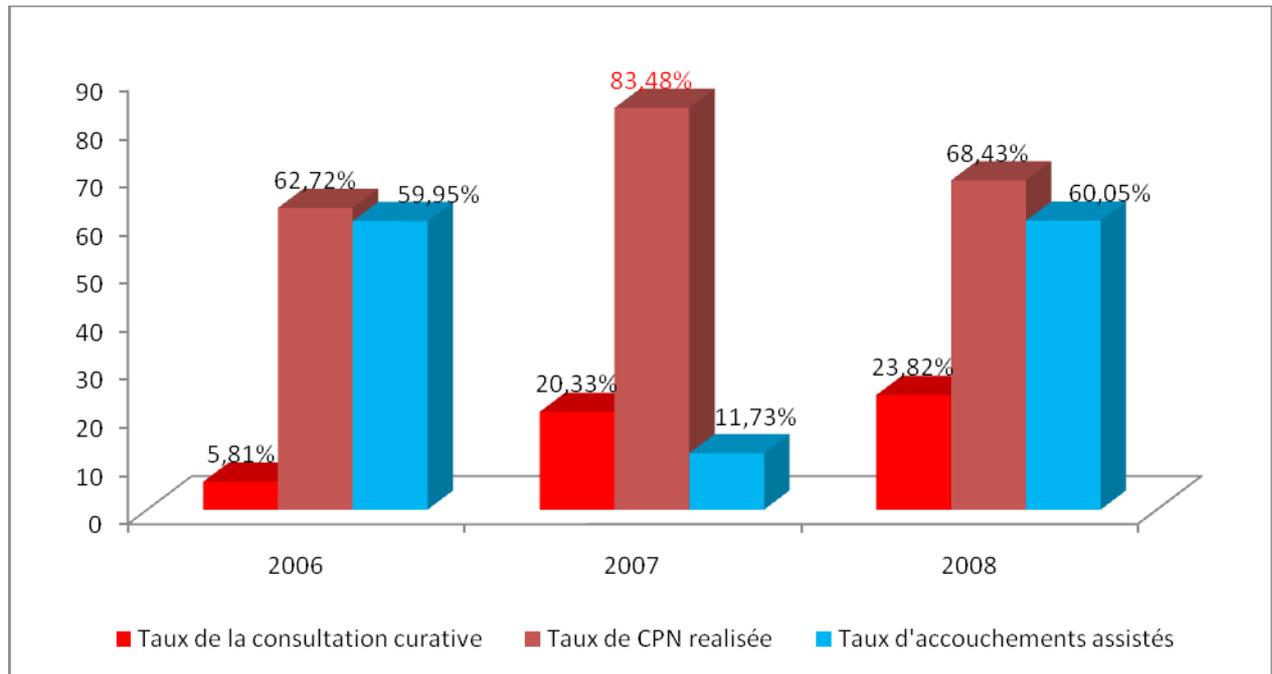
5.3.1. Par rapport aux activités réalisées par les centres

Les indicateurs d'utilisation des services de soins ont été calculés sur la base de la période du projet couvrant les années 2006, 2007 et 2008.

L'absence d'archives au niveau des différentes formations sanitaires concernées ne nous a pas permis de recueillir les informations antérieures relatives au démarrage du projet afin de nous permettre d'établir les écarts pour apprécier les effets éventuellement induits par le projet. Les données disponibles n'étant pas complètes pour tous les centres de soins, nous avons été obligés de chercher des informations complémentaires au niveau du centre de santé de référence, et qui en plus, sont incomplètes.

Les indicateurs de performance des services en rapport avec l'utilisation des services sont illustrés par les figures ci-dessous.

5.3.1.1 Evolution de l'utilisation des services de soins des différents Cscm de la commune rurale de Djelebou.



NB voir annexe pour tous les Tableaux des différentes figures.

Figure 3: Répartition d'indicateurs de performance d'utilisation des services soins dans Cscm de Tichy de 2006 à 2008.

Le taux d'utilisation de la consultation curative était de **5,81%** en 2006 contre **23,82%** en 2008.

Le taux d'accouchement médicalement assisté était assez satisfaisant avec **60,06%** en 2008 dans le Cscm de Tichy.

Le taux de la CPN était à **62,72%** en 2006 et augmenta à **83,48%** en 2007

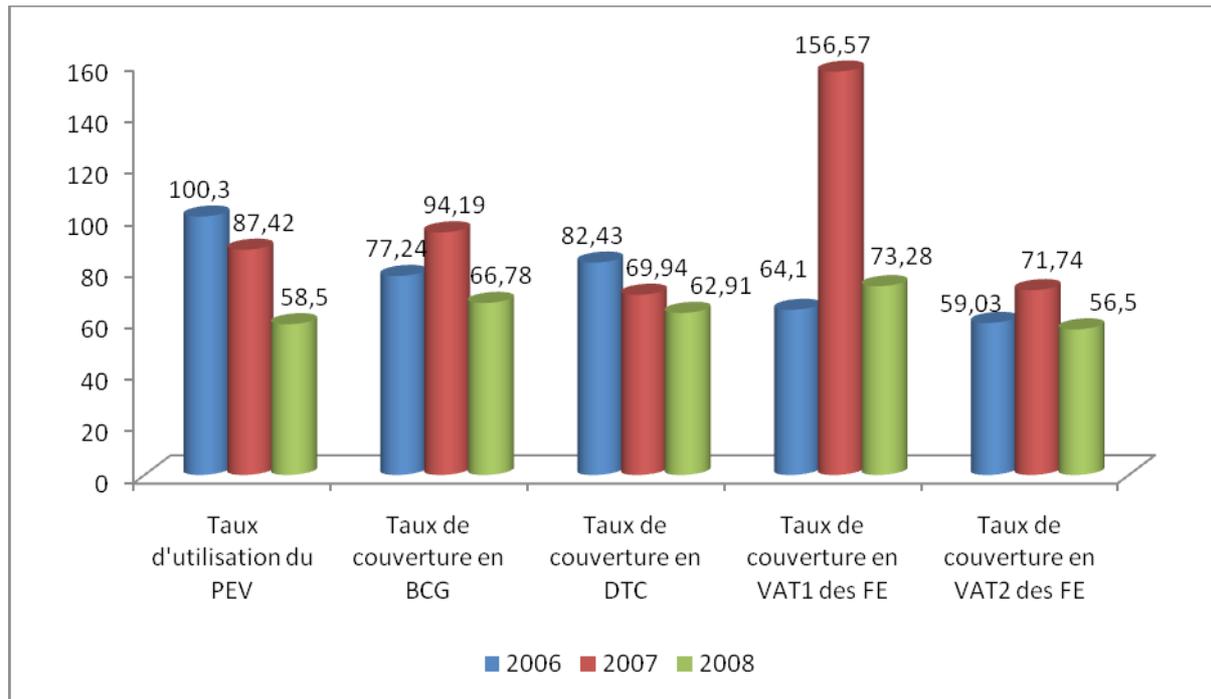


Tableau voir annexe

Figure 4: Répartition d'indicateurs de performance d'utilisation des vaccins du Cscm de Tichy de 2006 à 2008.

A Tichy le niveau de réalisation du programme élargie de vaccination reste moyen avec **58,50%** en 2008.par contre les taux de couverture en VAT1 et 2 des femmes enceintes étaient satisfaisant avec **156,57%** pour le VAT1 et **71,74%** pour le VAT2 en 2007. Les taux de couverture en BCG et en DTC étaient successivement de **66,78%** et **62,91%** en 2008.

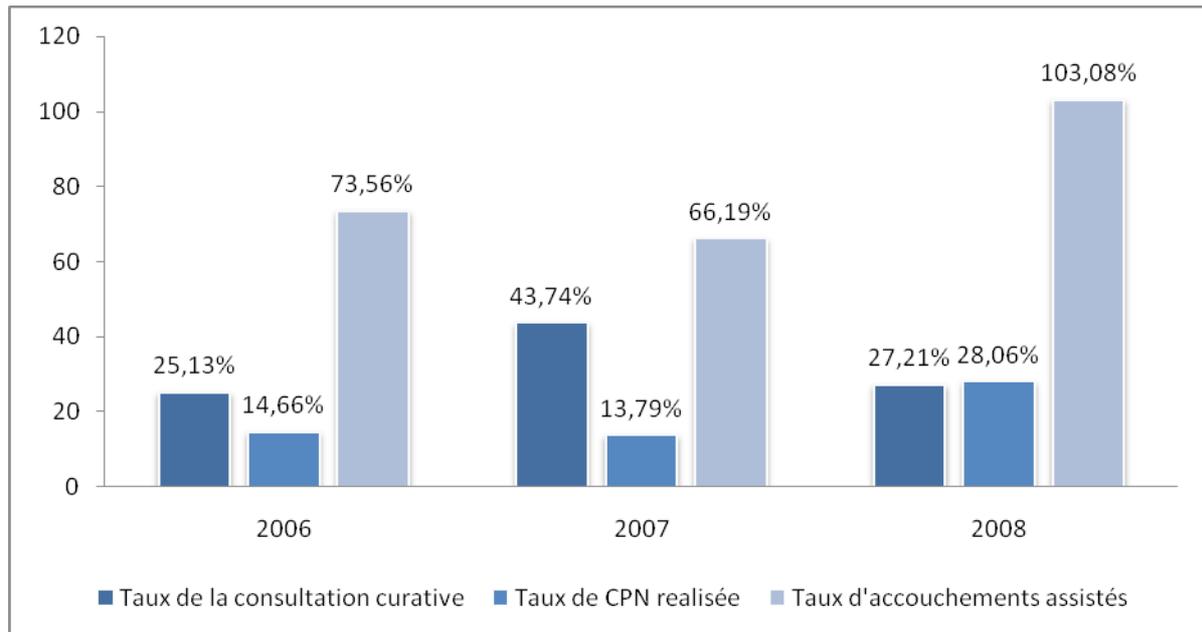


Tableau voir annexe

Figure 5 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des services soins du Cscm d'Aourou durant la période de 2006 à 2008.

Le taux d'accouchement était satisfaisant à Aourou avec **66,19%** en 2007. Les taux d'accouchements assistés étaient très satisfaisants avec **73,56%** en 2006 et **103,08%** en 2008.

Le taux de la consultation était à 25,13% en 2006 et augmenta à 43,74% en 2007 pour enfin diminuer à 27,21% en 2008.

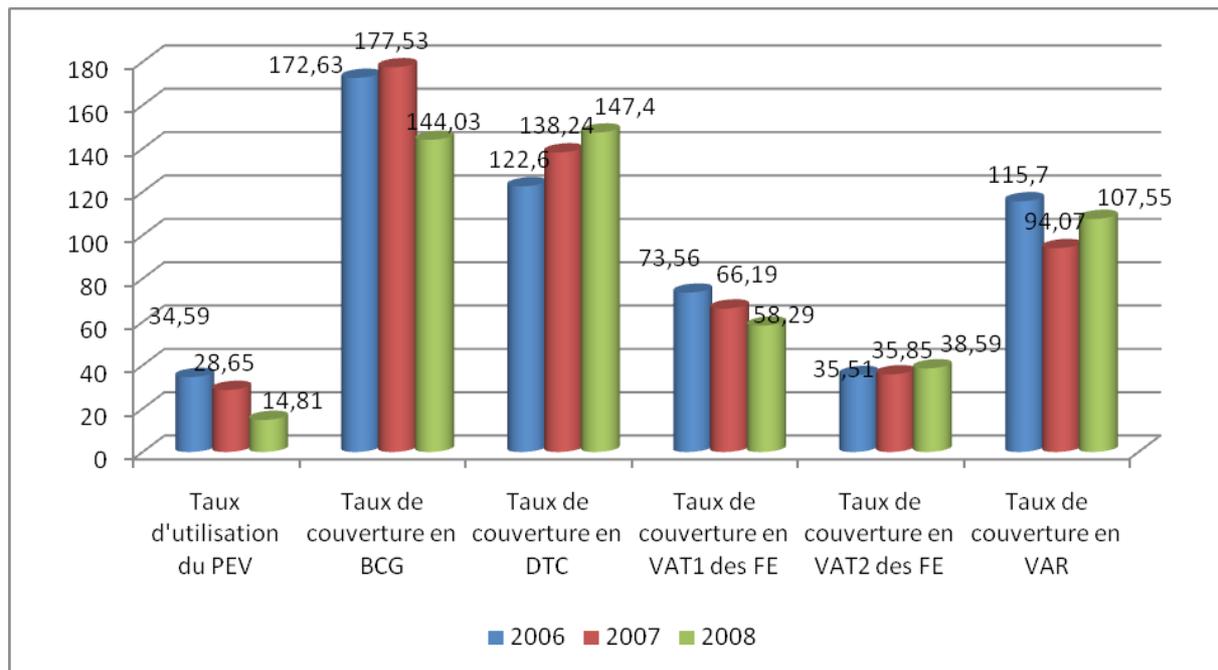


Tableau voir annexe

Figure 6 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des vaccins du Cscm d'Aourou.

En terme d'immunisation du vaccin anti tétanique des femmes enceintes, le Cscm d'Aourou a noté peu de participation surtout pour le vaccin anti tétanique 2 avec seulement 38,59% en 2008. Il en était pour la couverture en programme élargie de vaccination. Cependant le niveau de couverture en BCG, DTC et VAR étaient encourageants avec des taux successifs de 144,03%, 147,4% et 107,55% en 2008.

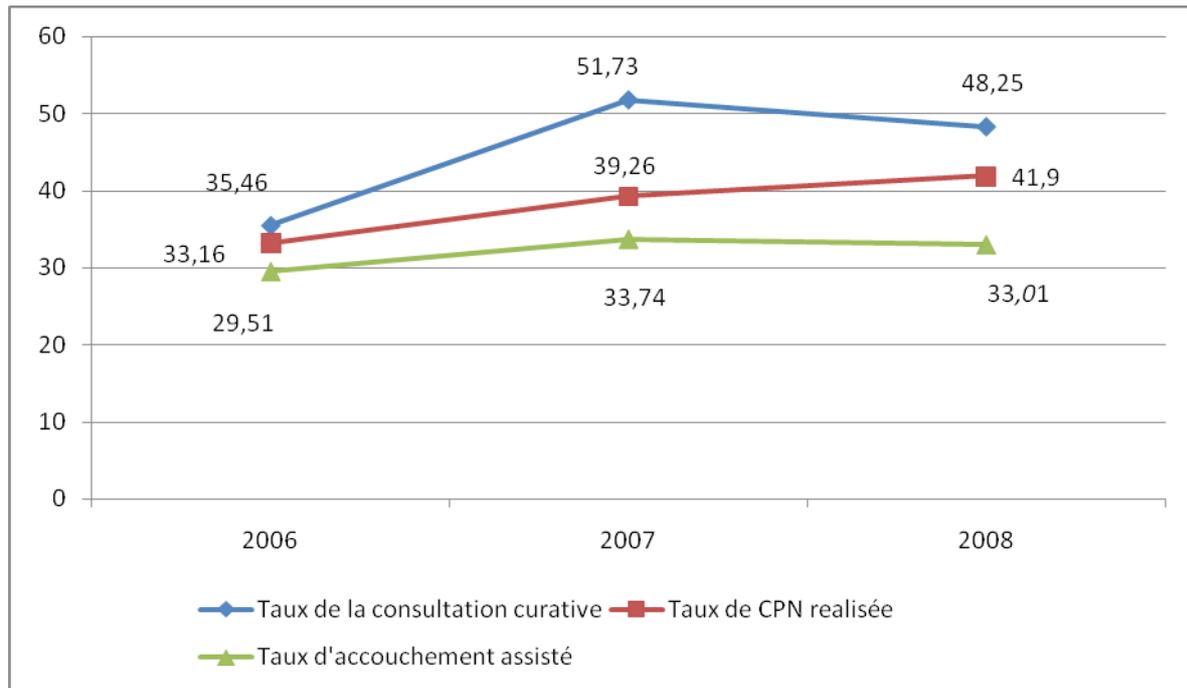


Figure 7 : Répartition des indicateurs de performance d'utilisation des services soins du Cscm de Serenaty de 2006 à 2008.

A Serenaty le taux consultation curative a connu une nette évolution entre 2006 et 2007, entre 2007 et 2008 il a subi une légère baisse.

Le taux de la CPN était successivement à 33,16%, 39,26% et 41,9% en 2006, 2007 et 2008.

Le taux de l'accouchement assisté était faible avec seulement 29,26% en 2006 et augmenta de 4,23% en 2007 pour baisser à 33,01% en 2008 .

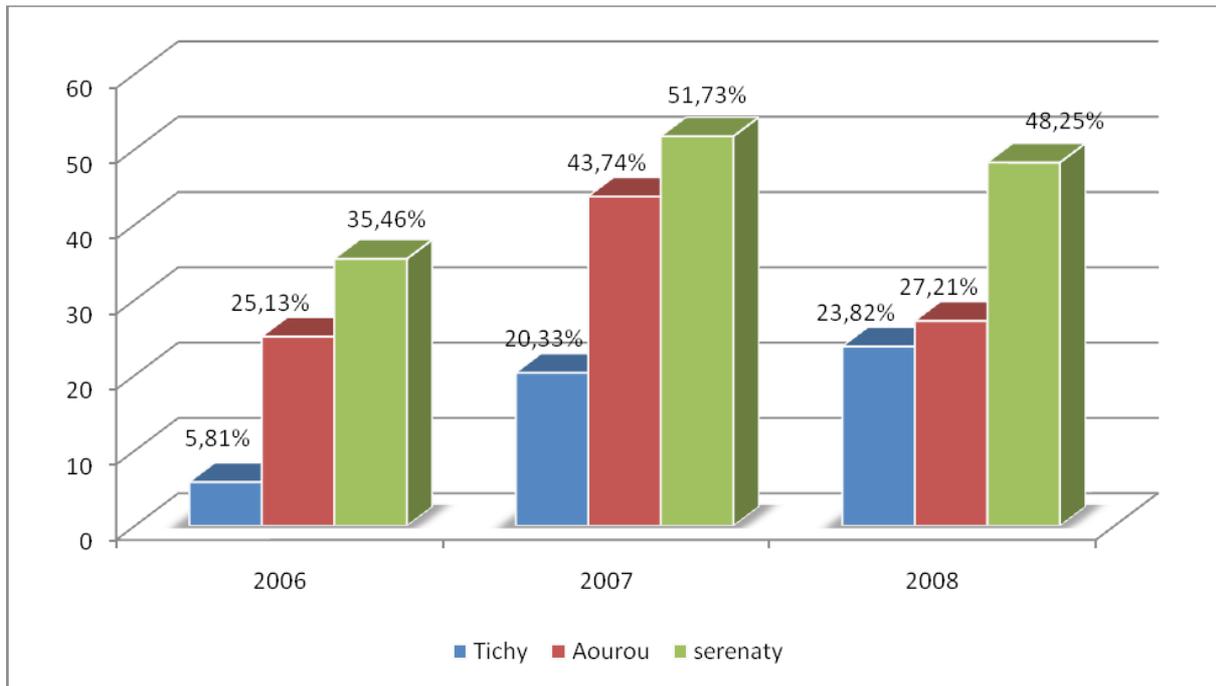


Figure 8 : Répartition des indicateurs d'utilisation des services médicaux curatifs des trois Cscm de la commune rurale de Djelebou durant le projet.

La figure 8 nous indique clairement qu' en terme d'utilisation des services médicaux curatifs qui constituent une source de revenu financière pour le Cscm, le Cscm de Serenaty reste le plus sollicité durant toute la durée du projet. Ainsi en ce qui concerne l'utilisation des services de soins globaux :

- A Tichy le niveau des services de soins a quadruplé entre la première et la seconde année.
- A Aourou aussi l'évolution entre la 1^{ère} et la seconde année est importante avec plus de **15 %** pour redescendre à **27,2%** en 2008, supérieure à celui de la première année **25, 13 %**.
- A Serenaty le niveau d'évolution des services de soins curatifs est idem à celui des soins globaux

5.3.2. L'adéquation des ressources humaines

Les ressources humaines constituent un élément clé de la performance d'une structure de soins et de sa capacité d'autonomisation.

Pour nous rendre compte des capacités d'autofinancement des différentes structures de soins objet du projet, nous aborderons les ressources humaines mobilisées sous trois angles :

- Leur niveau de qualification pour répondre à l'offre de soins sollicité par les populations (cet aspect sera traité dans le chapitre suivant relatif à la qualité des soins)
- Leur performance financière, c'est-à-dire la capacité des agents à produire des ressources financières aptes à prendre en charge leurs salaires et assurer la prise en charge des coûts récurrents que suscitent leurs activités
- Leur productivité technique c'est-à-dire le volume de populations qu'ils couvrent effectivement par leurs activités professionnelles.

5.3.2.1. Par rapport à la performance financière du personnel soignant

5.3.2.1.1 Productivité financière du personnel des Cscm de la commune de Djelebou

Les figures ci- dessous nous résumant l'état de la productivité financière du personnel soignant des différents Cscm.

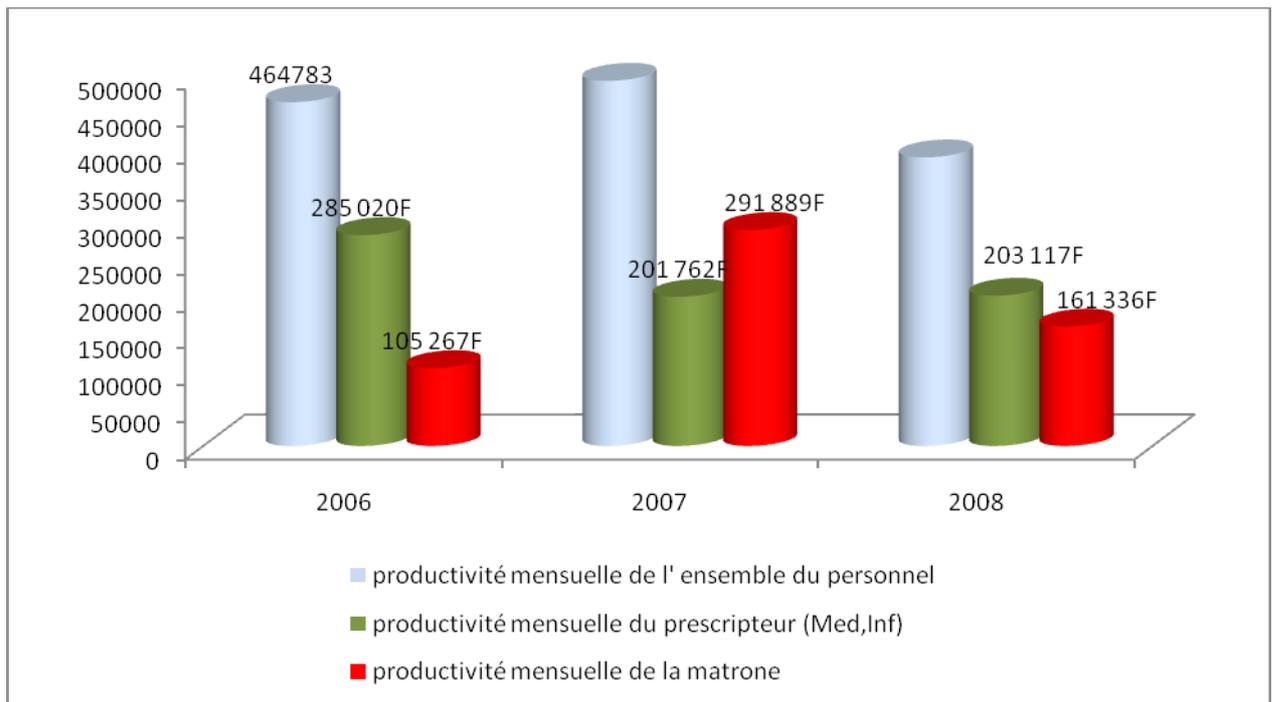


Figure 9 : Répartition des indicateurs de productivité financière du personnel du Cscm de Tichy.

La production financière mensuelle de l'ensemble du personnel soignant du CSCOM de Tichy a connu une évolution allant de **464 783f** en 2006 à 493 651f en 2007 puis chuta à 390 101f en 2008.

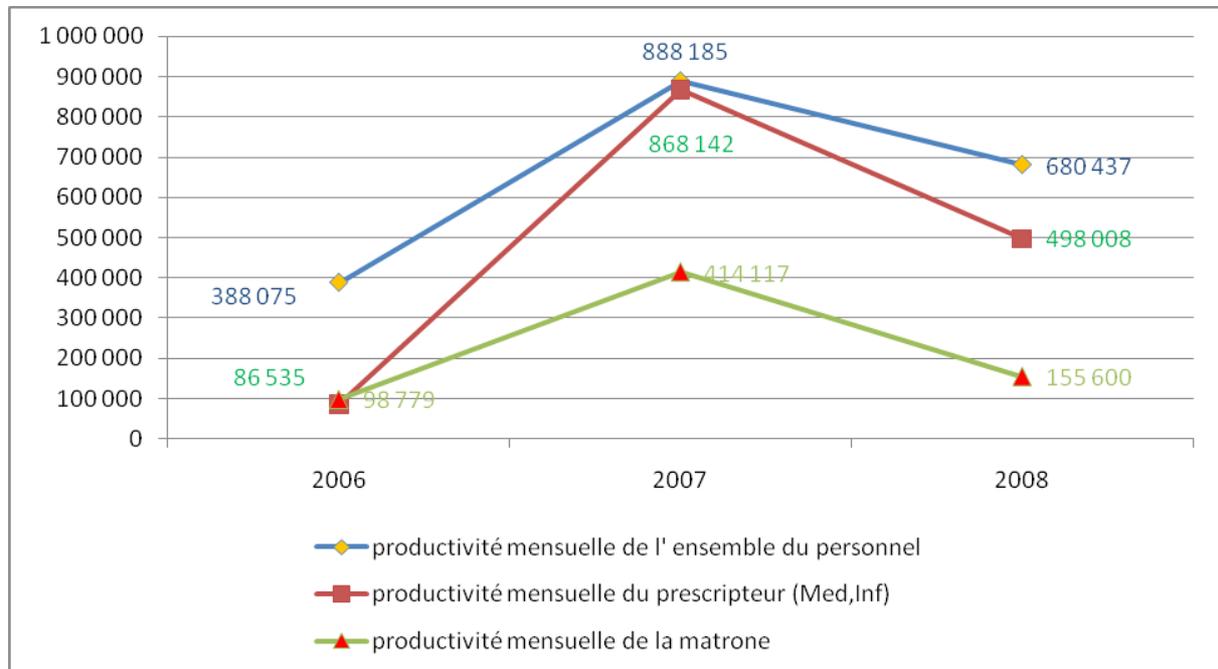


Figure 10 : Répartition des indicateurs reproductivité financière du personnel du Cscm d'Aourou de 2006 à 2008.

A Aourou la production financière mensuelle de l'ensemble du personnel qui était à 388.075f en 2006, grippa jusqu'à 888.185f en 2007 pour descendre à 680.437f en 2008.

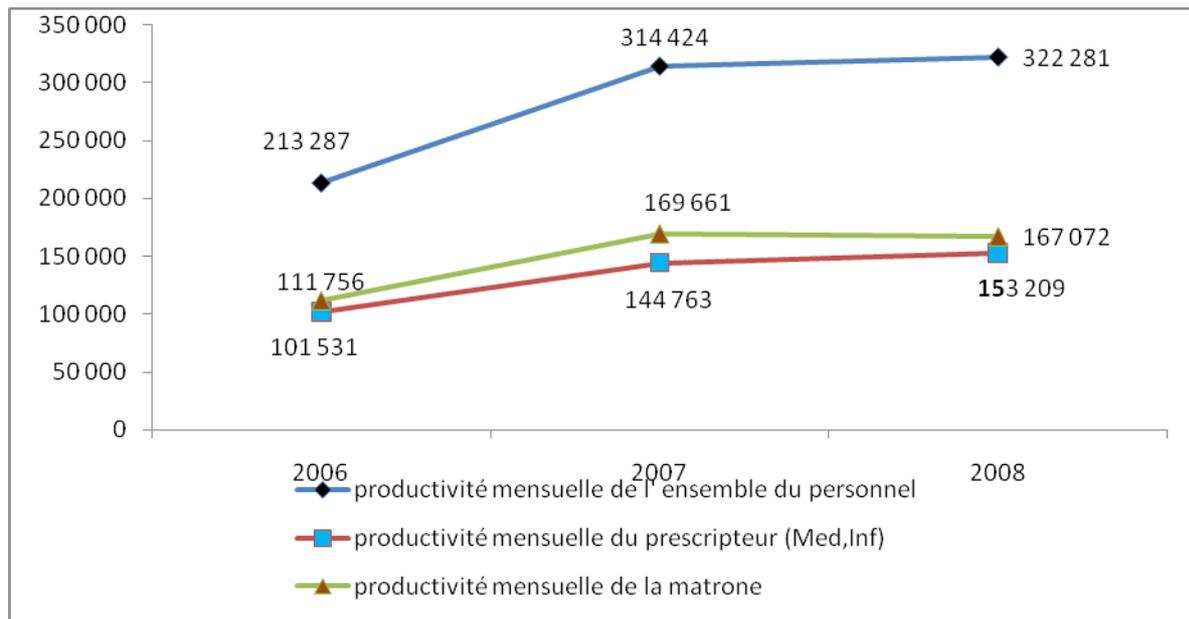


Figure 11 : Répartition des indicateurs de productivité financière du personnel du Cscm de Serenaty de 2006 à 2008.

A Serenaty la production financière mensuelle de l'ensemble du personnel soignant était successivement de 213.287f en 2006, 314.424f en 2007 puis augmenta légèrement à 322.281f en 2008.

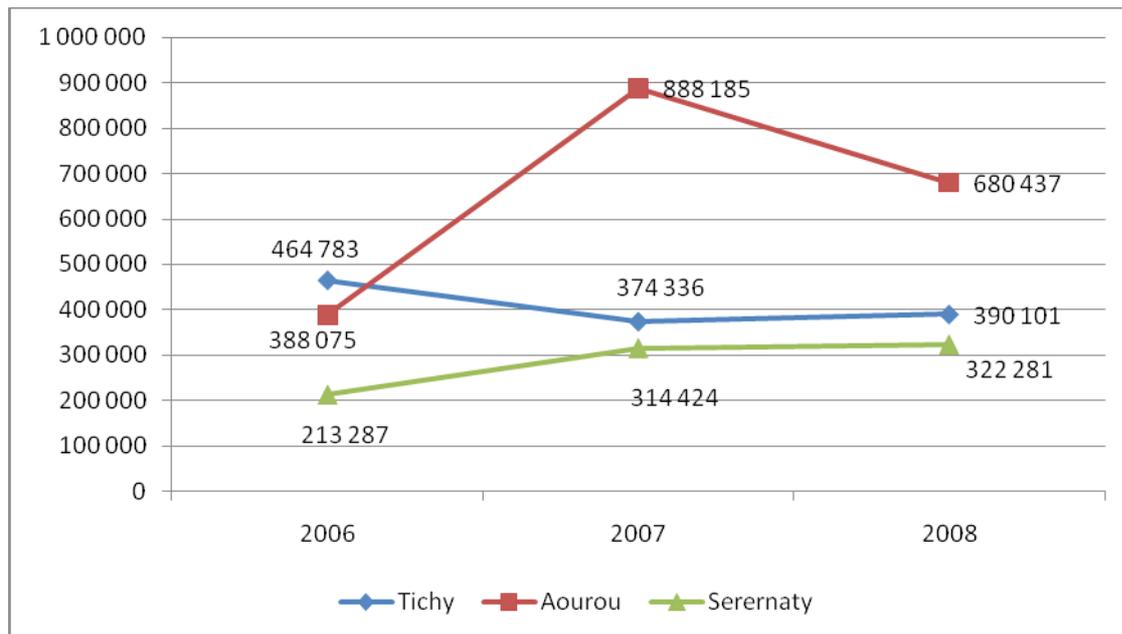


Figure 12 : Répartition des indicateurs de la production financière de l'ensemble du personnel des trois centres de santé de la commune rurale de Djelebou.

Le Cscm d'Aourou était le plus productif en matière de finance pendant toute la durée du projet, sauf en 2006 où la production financière du Cscm de Tichy était légèrement supérieure avec **464 783F** contre **388 075F**. La productivité financière de l'ensemble du personnel du cscm de Serernaty était à 213 287f en 2006 pour passer à 314 424f en 2007, puis à 322 281f en 2008

Globalement les indicateurs de productivité financière indiquent que les ressources produites par les centres ne permettent pas la prise en charge d'un effectif d'agents assez important.

5.3.2.2. Par rapport à l'adéquation des ressources humaines au niveau des Cscm de la commune de Djelebou

Les figures 12, 13 et 14 nous indiquent successivement la productivité technique du personnel soignant c'est-à-dire le volume de populations qu'ils couvrent effectivement par leur activité professionnelle.

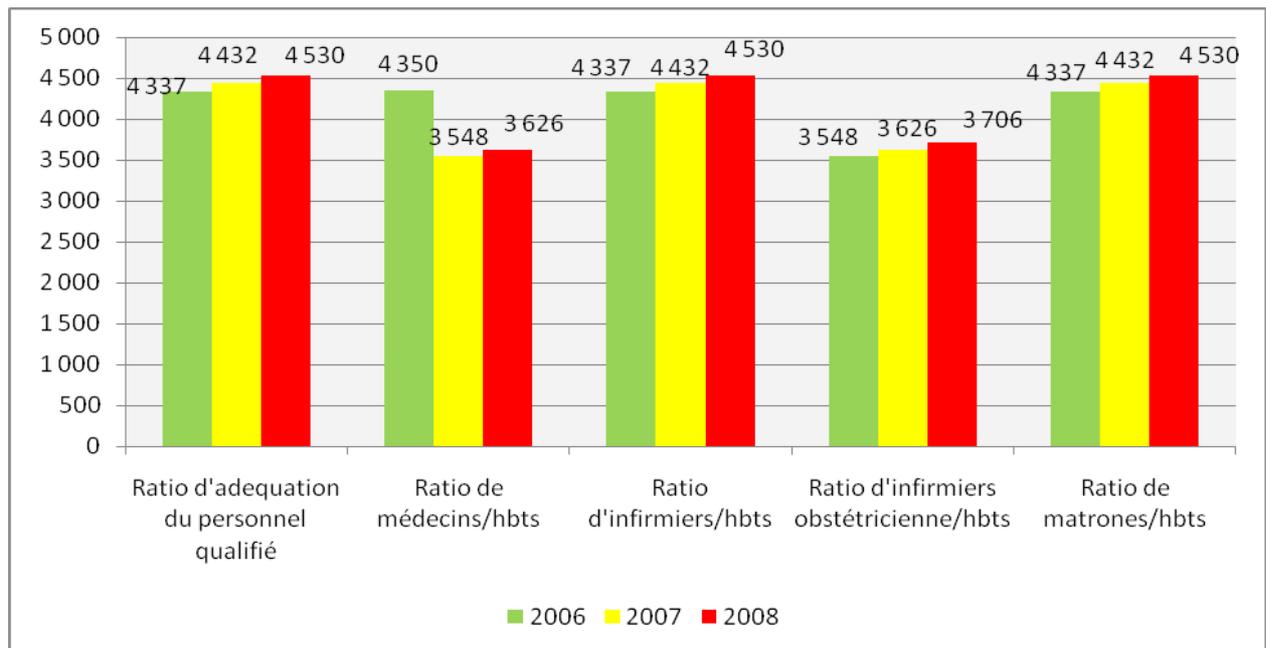


Figure 13 : Evolution indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Tichy.

Le rapport soignant par population varie de 1 pour 3 548 habitants à 1 pour 4 530 habitants à Tichy. Ces données sont satisfaisantes puis qu'elle reste en dessous des recommandations de l'O M S.

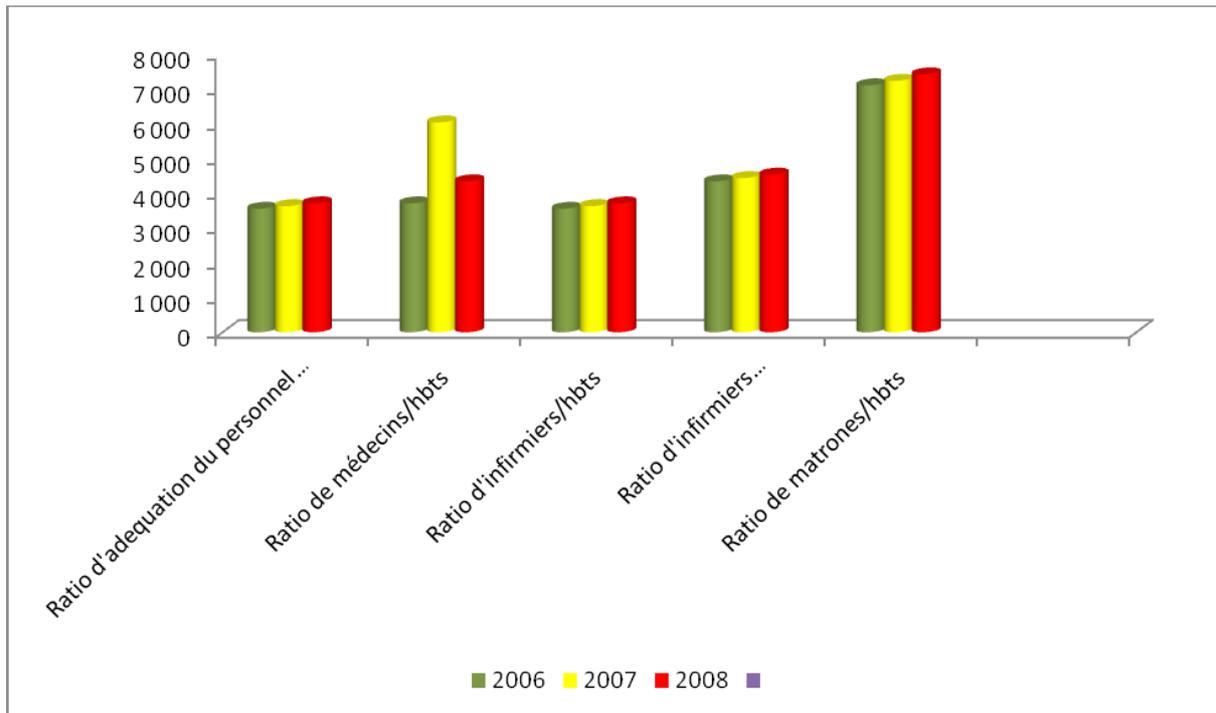


Figure 14: Evolution des indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm d'Aourou durant la période du projet.

Dans le CSCOM d'Aourou aussi il avait environ 4 000 habitants pour un soignant, mais cependant les matrones restent les plus sollicitées avec pas moins 7 400 habitants par matrone en 2008.

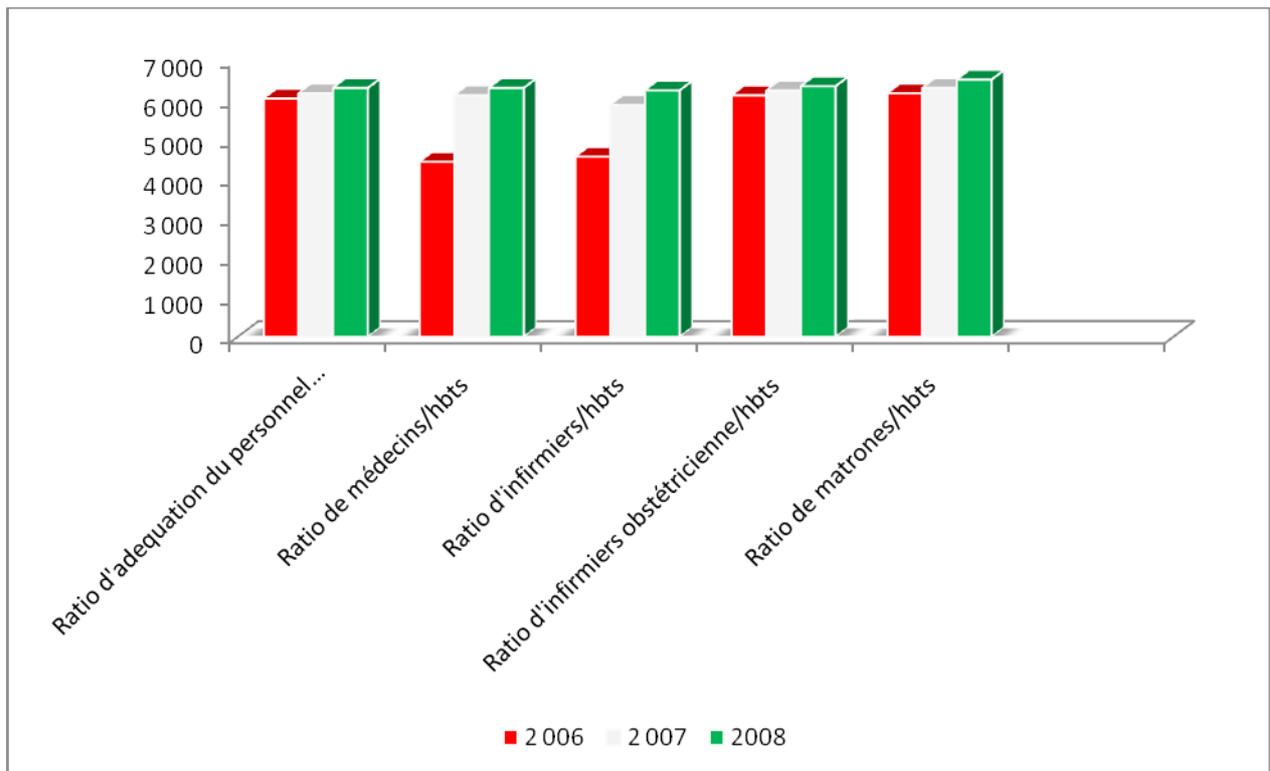


Figure 15: Evolution des indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Serenaty.

A Serenaty il y a un médecin pour 6 000 habitants, ce qui n'est pas loin aussi des recommandations de l'OMS. Il en va de même pour les autres centres dirigés par des infirmiers qui sont entre 3 000 et 4 000 habitants contre les 5000 recommandés par l'OMS.

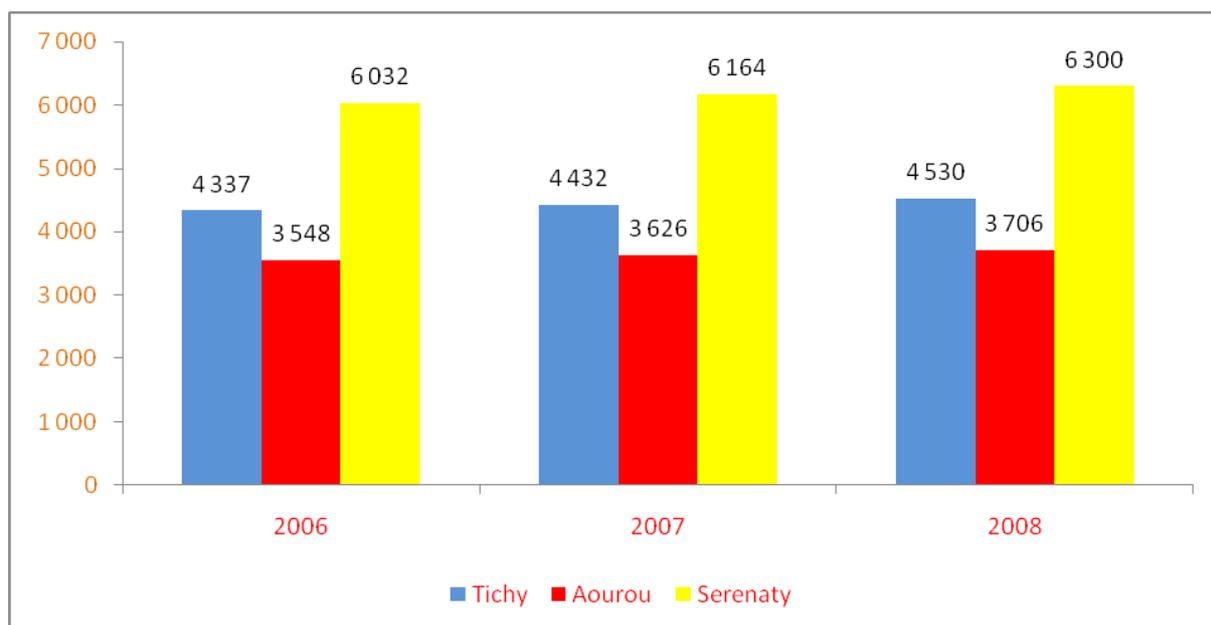


Figure16: Evolution du ratio d'adéquation du personnel qualifié des trois Cscom de la commune de Djelebou.

Globalement les indicateurs montrent que le Cscom de Serenaty couvre plus de population à travers les activités de son personnel soignant, pouvant ainsi justifier son niveau plus élevé en terme d'utilisation des services de soins médicaux par rapport aux deux autres centres de santé de la dite commune.

Nous avons calculé la productivité de l'ensemble du personnel, mais aussi du personnel qualifié selon les activités qui lui sont assignées dans le cadre de la mise en œuvre du plateau technique du premier niveau de l'offre de soins.

Nous avons trouvé qu'à travers le mode de gestion des Cscom tenus par les Médecins présents, on constate que la productivité financière est nettement meilleure à ceux tenus par des infirmiers souvent techniciens supérieurs de santé. A Serenaty, par exemple le CSCOM tenu par un médecin a une meilleure productivité.

On constate une nette productivité du personnel soignant, lorsque celui-ci est géré par un Médecin. La productivité passe du triple au quadruple.

De même, la productivité financière du personnel de la santé de la reproduction semble meilleure lorsqu'il ya un agent qualifié.

On a remarqué aussi que les centres ayant rationalisé plus de nombre d'agents de santé présentent une meilleure productivité financière, donc de plus grandes chances de réussite à moyen terme leur autonomisation.

L'effectif élevé du personnel explique aussi le fait que tous ces centres présentent des ratios d'adéquation de ressources très satisfaisants.

- **Par rapport à la rationalité de la prescription :**

La rationalité de la prescription traduit à la fois un élément de la qualité des soins, mais aussi l'utilisation des services de la pharmacie.

Elle est évaluée à partir du coût moyen de l'ordonnance prescrite et délivrée au sein de la formation sanitaire.

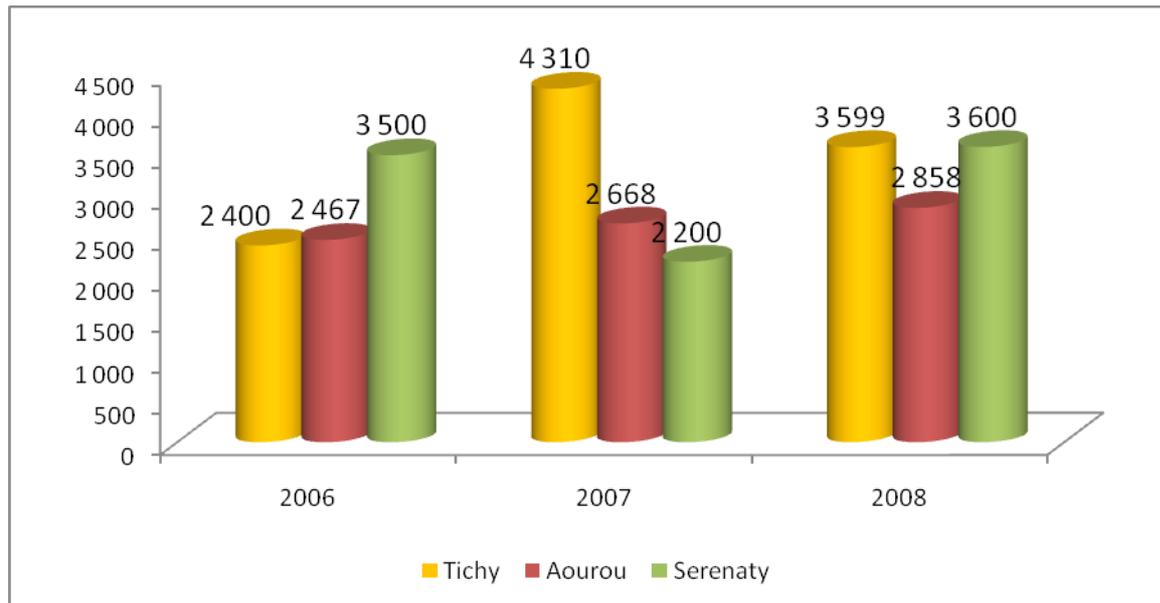


Figure17: Coût moyen d'ordonnance des trois Cscm de la commune de Djelebou.

Dans tous les Cscm, le coût du médicament a subi une nette évolution restant constamment au dessus de la barre de **2500 F CFA** pour les deux dernières années du projet (2007 et 2008) avec une légère augmentation en 2008 à Serenaty. Le coût de l'ordonnance est plus élevé au niveau du CSCOM de Tichy en 2008 le coût de l'ordonnance à grimpé dans tous les centres en dehors de Tichy avec une baisse passant de **4 310 F** à **3 599 F CFA de 2007 à 2008**.

5.3.3. Par rapport à la qualité des soins offerts.

L'offre de soins de qualité est l'un des déterminants les plus importants pour assurer une meilleure utilisation des structures de soin, ce qui va produire des ressources aptes à assurer éventuellement la pérennisation des actions et l'autonomisation des centres.

L'évaluation de la qualité des soins reste une question complexe et difficile en raison de multiples facteurs qui entrent en jeu. Les facteurs de cette qualité peuvent être classés en trois grands groupes,

Les facteurs financiers (niveau de revenu des ménages, le recouvrement des coûts, paiement direct des soins, le coût du transport, l'assurance maladie),

Les facteurs structurels et organisationnels (qualité structurelle, disponibilité en médicament, processus de soins, relation soignant / soigné, satisfaction des usagers)

Les facteurs socioculturels (comportement, perception, traitement à domicile, notabilité, religion, tradition) [26].

Les autres facteurs sont plus spécifiques et dépendent de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction), des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [26].

Ici, nous nous contenterons d'analyser la qualité perçue, car elle constitue le reflet de la qualité technique telle que mise en œuvre par les soignants au regard de l'offre de service rendu aux usagers. Ainsi, la perception de la population reste l'axe central de l'évaluation de la qualité.

Néanmoins certains aspects de la qualité technique ont été observés et se résument comme suit :

- l'équipement médical technique disponible, suffisant et adéquat pour les services actuellement offerts dans la plupart des centres
- les locaux adéquats, propres, fonctionnels et bien aérés
- la disponibilité de l'électricité et de l'eau potable au niveau des centres,
- le niveau de qualification du personnel soignant
- la disponibilité au quotidien des soins curatifs, des soins de santé reproductive (CPN, accouchements, CPON, Planification familiale, vaccination antitétanique chez les femmes en âge de procréer) et des médicaments essentiels
- la permanence des soins assurée à travers une organisation interne qui assure les services de santé et la disponibilité des médicaments
- une bonne relation entre soignants eux même et entre eux et les patients

L'évaluation de la qualité des soins par les populations a été conduite selon un système de score à deux niveaux :

- **les ressources et le processus** de mise en œuvre à travers 91 critères et **les indicateurs de résultats** qui se déclinent en 26 critères.
- **Les indicateurs de ressources et le processus** :
 - Les critères se répartissent entre les 7 chapitres suivants :
 - L'adéquation du personnel en 3 critères
 - L'adéquation des infrastructures en 4 critères
- La qualité des relations entre prestataires et utilisateurs de service en 20 critères
 - Le niveau de fonctionnalité du CSCOM en 29 critères
 - La qualité de l'hygiène et l'assainissement dans le CSCOM en 13 critères
 - La qualité de la gouvernance et du partenariat au niveau du centre en 17 critères
 - Le niveau de fonctionnalité des organes de gestion de l'ASACO en 6 critères.
- **Les indicateurs de résultats** : se déclinent en 26 critères.

5.3.3.1. Indicateurs de ressources et de processus

Les indicateurs de ressources s'articulent autour des indicateurs d'adéquation des infrastructures et du personnel, par contre les indicateurs de processus concernent les relations : prestataires – patients, la fonctionnalité des Cscm et des ASACOs, le niveau d'hygiène et de salubrité, et les indicateurs de gouvernance locale et de partenariat.

Les résultats de cette évaluation sont donnés dans les tableaux 5 à 11.

Tableau 6 : Répartition d'adéquations des infrastructures.

	n= 8		
	Effectif	%	IC
Bâtiments adéquats	8	100,0	0,000
Existence de clôture	8	100,0	0,000
État planchers et murs	5	62,5	0,518
Existence source d'énergie	7	87,5	0,354
TOTAL	28	87,5	

L'ensemble des Cscm étudiés disposent de bâtiments avec clôture adéquat, par contre l'état des planchers et des murs n'est satisfaisant que dans **62,5 %** des cas. Quant à l'existence d'une source d'énergie, il est satisfaisant **87,5%**. Globalement, le niveau d'adéquation des infrastructures est satisfaisant avec 87,5%.

Tableau 7 : Adéquation du personnel.

	n = 8		
	Effectif	%	IC
P S avec contrat	5	62,5	0,518
Matrone avec contrat	6	75,0	0,463
Gérant avec contrat	6	75,0	0,463
Score de performance	17	53,12	

Le taux d'adéquation des ressources humaines en termes de qualité des relations contractuelles avec leurs employeurs à travers l'existence d'un contrat de travail est globalement de **53,12 %**. L'existence de contrat de travail est plus marqué pour les agents peu qualifiés (matrones et gérant) soit **75 %** par rapport aux agents qualifiés (personnel soignant : Médecin, Techniciens supérieurs de santé, Techniciens de santé) avec **62,5 %**. Cette situation pourrait être en lien avec l'instabilité de ce type de personnel, très souvent attiré par le désir d'intégration à la fonction publique.

Tableau 8 : Relations entre prestataires et patients.

	n = 8		IC
	Effectif	%	
Respect de l'ordre d'arrivée	8	100,0	0,000
Accueil et salue client	8	100,0	0,000
Orientation du client	8	100,0	0,000
Information complète sur les actes	8	100,0	0,000
RDV systématiquement donné	6	75,0	0,463
Score	36	95,0	

Les relations entre le personnel soignant et les patients sont jugés très satisfaisant avec un taux de **95 %**.

Tableau 9 : Fonctionnalité du Cscm.

	n = 8		
	Effecti	%	IC
Offre PMA en stratégie fixe	7	87,5	0,354
Offre PMA en stratégie avancée	6	75,0	0,463
Disponibilité de frigo	6	75,0	0,463
Disponibilité de moto	7	87,5	0,354
Disponibilité RAC	6	75,0	0,463
Supports collecte remplis	7	87,5	0,354
Disponibilité de la vitamine A	7	87,5	0,354
Disponibilité des 10 ME du panier	6	75,0	0,463
Disponibilité matérielle et équipement technique	6	75,0	0,463
Disponibilité Kit Paludisme	6	75,0	0,463
Disponibilité de la SP (sulfadoxine-	8	100,0	0,000
Disponibilité pilules Contraceptifs	6	75,0	0,463
Disponibilité Contraceptifs injectable	5	62,5	0,518
Disponibilité Spermicides	8	100,0	0,000
Disponibilité Vaccins de qualité	8	100,0	0,000
Disponibilité MII	7	87,5	0,354
Disponibilité Boîte à image intégrée	5	62,5	0,518
Disponibilité SRO + Zinc	3	37,5	0,518
Rap activités transmis à temps	8	100,0	0,000
Existence organigramme du CSCOM	7	87,5	0,354
Disponibilité de la description des tâches	1	12,5	0,354
Tableau de bord activités affiché et à jour	3	37,5	0,518
Réalisation d'au moins 6 supervision/an + rapport	6	75,0	0,463
Effectivité de la continuité des soins	3	37,5	0,518
Effectivité de la permanence des soins	8	100,0	0,000
Effectivité de l'intégration des soins	8	100,0	0,000
Effectivité de l'intégration des services	8	100,0	0,000
Effectivité globalité PEC centrée sur le patient	7	87,5	0,354
Tenue réunions hebdomadaires Équipe	8	100,0	0,000

Score de fonctionnalité	162	69,8
--------------------------------	------------	-------------

Dans l'ensemble, la fonctionnalité des différents centres de santé communautaire est assez bonne avec **69,8 %**. Sur les 29 indicateurs utilisés pour juger de la fonctionnalité des centres de santé communautaire, huit d'entre eux soit 30,8 % sont excellents à 100 %, Sept soit **26,9 %** sont très bons à 87,5 %. Par contre, quatre indicateurs soit **15,4 %** sont mauvais avec un indice de performance de moins de **30 %**. Il s'agit principalement de la faible description des tâches des agents, du non affichage du tableau de bord des activités, la faible disponibilité des sachets de réhydratation orale et du zinc et la faible disponibilité de la continuité des soins.

Tableau 10 : Niveau d'Hygiène et de salubrité pour la prévention des affections dans le CSCOM.

	n = 8		
	Effectif	%	IC
Lavage des mains au savon avant et après examen	6	75,0	0,463
Stérilisation des instruments selon PNP	8	100,0	0,000
Évacuation ordures dans un site déterminé	8	100,0	0,000
Existence et utilisation boîte de sécurité	8	100,0	0,000
Élimination correcte des déchets biomédicaux	7	87,5	0,354
Existence point eau potable	6	75,0	0,463
Existence barrière physique de protection personnelle	7	87,5	0,354
Propreté locaux et cour	8	100,0	0,000
Existence de poubelle appropriée	7	87,5	0,354
propreté des latrines	7	87,5	0,354
Score de performance	72	90,0	

Les conditions d'hygiène et de salubrité constituent l'un des éléments essentiels d'évaluation de la qualité d'une formation sanitaire. Parmi les dix items utilisés pour cette évaluation, quatre soit **40 %** sont excellents à **100 %**. Le niveau de performance des Cscm étudiés pour cet indicateur est très satisfaisant à **90 %**.

Tableau 11 : Gouvernance locale et partenariat.

	Effectif	%	IC
Existence d'agrément de création CSCOM	8	100,0	0,000
Paiement régulier des salaires	8	100,0	0,000
Affiliation des agents à l'INPS	2	25,0	0,463
Paiement des cotisations à INPS	3	37,5	0,518
Existence et bonne tenue supports comptables	7	87,5	0,354
Existence comptes bancaires	6	75,0	0,463
Paiement des cotisations à la référence-évacuation	3	37,5	0,518
Séparation comptes Fonctionnel et ME	7	87,5	0,354
Présence des femmes instances décision	3	37,5	0,518
Participation membres COGes aux restitutions missions	6	75,0	0,463
Signature CAM par l'ASACO	1	12,5	0,354
Mise en œuvre de la CAM	1	12,5	0,354
Existence convention avec les partenaires	4	50,0	0,535
Participation du CC à l'élaboration du micro plan du	3	37,5	0,518
Participation CC à la mise en œuvre micro plan CSCOM	3	37,5	0,518
Retro information par le CC sur le rapport CSCOM	8	100,0	0,000
Tenue régulière des réunions statutaires du CA par le	1	12,5	0,354
Score de performance	73	54,4	
Retro information par le CC sur le rapport CSCOM	8	100,0	0,000
Tenue régulière des réunions statutaires du CA par le	1	12,5	0,354
Score de performance	73	54,4	

L'indicateur de bonne gouvernance des ASACOs est relativement moyen avec **54,4 %**. Sur les 17 items qui constituent l'indicateur de bonne gouvernance locale et de partenariat, cinq (5) d'entre eux soit **29,4 %** sont très mauvais à savoir : la tenue des réunions statutaires, la signature de la convention d'assistance mutuelle et sa mise en œuvre, l'affiliation des agents à la sécurité sociale (INPS) et le paiement des cotisations sociales. Trois indicateurs soit **17,6 %** sont excellents à savoir l'existence d'agrément d'exercice par tous les Cscocom étudiés, le paiement régulier des salaires de leurs agents et la rétro-information par le conseil communal sur le rapport des Cscocom.

Tableau 12 : Fonctionnalité de l'ASACO.

	n = 8		
	Effectif	%	IC
Tenue réunions statutaires des organes gestion ASACO	7	87,5	0,354
Inventaire mensuel du Dépôt de vente	8	100,0	0,000
Élaboration micro plan des activités	5	62,5	0,518
Mise en œuvre du micro plan des activités	5	62,5	0,518
Implication de l'ASACO dans le suivi des relais commun	6	75,0	0,463
Organisation système référence -évacuation	6	75,0	0,463
Score de performance	37	77,0	

Le niveau de fonctionnalité des associations de santé communautaire évalué à partir de 5 critères donne un score de performance de **77%** assez satisfaisant. L'élaboration et la mise en œuvre des micro-plans des activités sont les items les moins performants avec néanmoins un taux de réalisation dans l'ensemble de **62,5%**.

Les figures 18 et 19 nous donnent successivement un résumé sur les indicateurs de ressource et de processus.

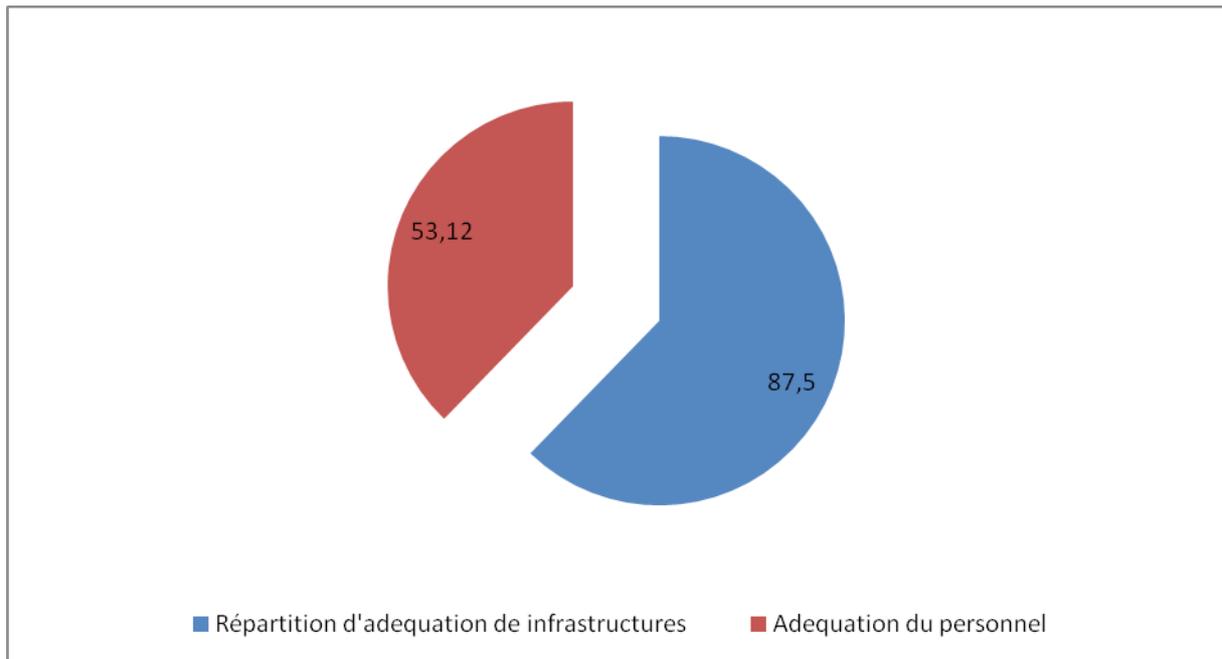


Figure 18 : Répartition des indicateurs de ressource des Cscm de la commune de Djelebou.

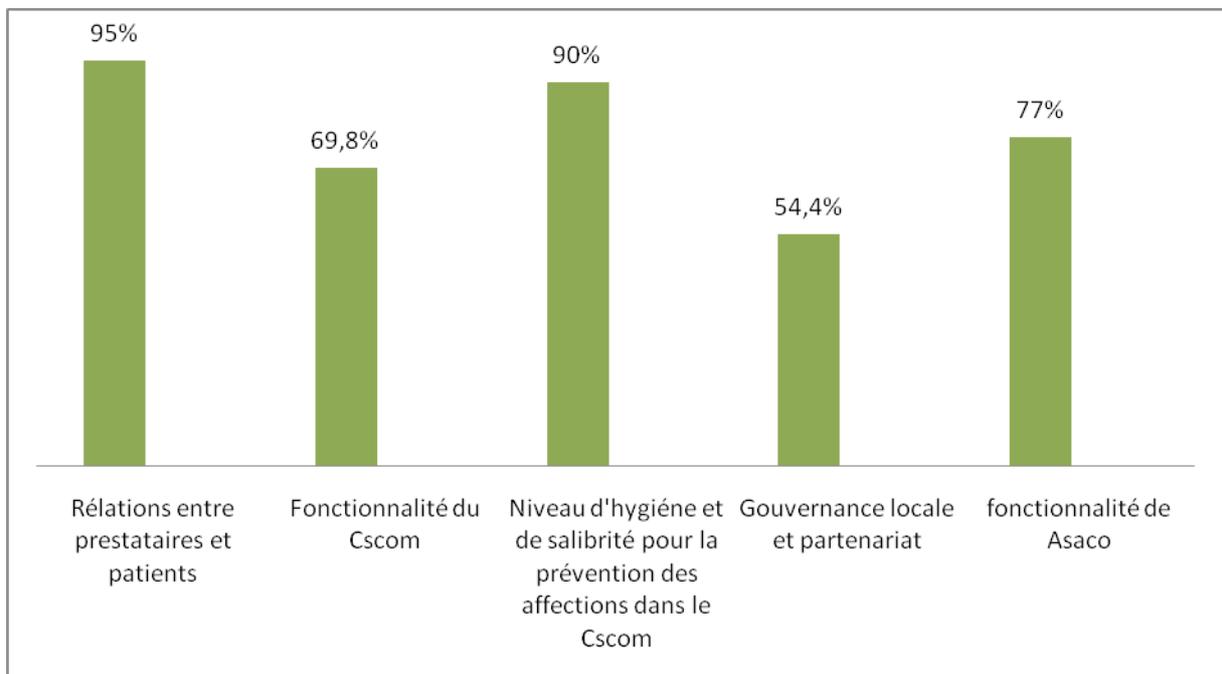


Figure 19 : Répartition des indicateurs de ressource des Cscm de la commune de Djelebou.

5.3.1.2. Indicateurs de résultats.

Les indicateurs de résultats s'articulent autour de 26 indicateurs d'offre de service tant curatifs, préventifs et promotionnels.

Tableau 13 : Indicateurs de service.

	n=8		
	Effectif	%	IC
Taux d'utilisation de la CC	2	25,0	0,463
Taux rupture des antigènes	6	75,0	0,463
Taux de disponibilité quinine injectables	8	100,0	0,000
Taux de disponibilité des tests rapides palu	1	12,5	0,354
Nombre moyen médicaments prescrits	5	62,5	0,518
Coût moyen de l'ordonnance	4	50,0	0,535
% d'ordonnance avec injectable	5	62,5	0,518
% d'ordonnance avec antibiotiques	6	75,0	0,463
Taux d'accouchements assistés	6	75,0	0,463
Taux de CV en penta 3 chez les moins d'1 an	7	87,5	0,354
Taux de CV en VAR chez les moins d'1 an	7	87,5	0,354
Taux d'utilisation de la CPN	6	75,0	0,463
Taux de couverture effective en CPN	6	75,0	0,463
Taux de couverture en VAT 2	5	62,5	0,518
Proportion de grossesses à risque dépistées et	6	75,0	0,463
Taux de prévalence contraceptive	1	12,5	0,354
Taux de réalisation du micro plan	2	25,0	0,463
Taux de couverture en MII des enfants de 0-59	7	87,5	0,354
Taux de couverture en MII des femmes	7	87,5	0,354
Taux recouvrement quote part communautaire	3	37,5	0,518
% de cas obstétricaux évacués et pris en	1	12,5	0,354
Taux couverture en Vit A des enfants de 6 à 11	6	75,0	0,463
Taux de couverture en Vit A de 12 - 59 mois	4	50,0	0,535
Indice de maintien du capital	8	100,0	0,000
% de cas de PMC modérée dépistée enfants de	5	62,5	0,518
% cas de MPC sévère dépistée enfants - 0 6 59	4	50,0	0,535
Score de performance	127	61,0	

Globalement les indicateurs d'activité sont réalisés à 61 %. Parmi les indicateurs qui connaissent un faible taux de réalisation on peut citer, la proportion des cas obstétricaux évacués et pris en charge par la caisse de solidarité, le taux de recouvrement de la quote part communautaire à la caisse de solidarité, le taux de prévalence contraceptive, le taux de disponibilité des tests rapides pour le diagnostic

du paludisme et le taux d'utilisation de la consultation curative. Les indicateurs d'activités préventives notamment le niveau de couverture vaccinal est très satisfaisant avec un score de **87,5 %**.

5.3.1.3. Qualité des soins perçue par les Usagers.

Le niveau de performance des centres de santé communautaire est évalué au moyen du niveau de satisfaction des usagers par rapport à certains éléments d'appréciation de la qualité tels que consignés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des soignants.

	n = 157		
	Effectif	%	IC
Respect de l'ordre d'arrivée	153	97,5	0,316
Temps d'attente acceptable	156	99,4	0,590
Bonne qualité de l'accueil	156	99,4	0,160
Information donnée au patient sur sa maladie	142	90,4	0,590
Traitement bien expliqué	155	98,7	0,179
Intimité du patient suffisamment garantie	154	98,1	0,239
Le coût de la consultation est jugé cher	121	77,1	0,843
Les médicaments sont jugés chers	121	77,1	0,949
Les autres prestations sont jugées chères	104	66,2	1,001
Reçu de paiement des actes délivrés	115	73,2	1,332
Disponibilité de tous mes ME prescrits	104	66,2	1,416
Satisfaction des prestations reçues	144	91,7	0,844
Score de satisfaction satisfaisant > 16	122	77,7	

Le niveau de satisfaction des usagers évalué à partir de 12 critères indique un niveau de satisfaction satisfaisant dans **77,7 %** des cas.

5.3.1.4. Niveau de motivation du personnel soignant.

Le niveau de motivation du personnel constitue habituellement un aspect important de l'offre de service de qualité et s'exprime très souvent par l'offre de service de qualité.

Tableau 15 : Niveau de motivation du personnel soignant.

	n = 28		
	Effectif	%	IC
Satisfait de l'appui technique	23	82,1	0,780
Satisfait de la fréquentation	17	60,7	0,984
Formation continue reçue	15	53,6	1,016
Satisfaction de la formation reçue	15	53,6	1,016
Satisfaction par rapport à l'environnement de travail	10	35,7	0,976
Sentiment de sécurité au lieu de travail	17	60,7	0,995
Capacité de travail en équipe	17	60,7	0,378
Existence de motivation financière	8	28,6	0,920
Taches confiées conformes à la description de tâches	21	75,0	0,847
Encouragement et félicitation du chef	21	75,0	0,847
Score de motivation satisfaisant >= 16	7	58,57	3,415

Le niveau de motivation du personnel soignant est très faible avec seulement **58,57%** d'agents ayant un niveau de motivation satisfaisant.

Tableau 16: Opinion des communautés par rapport au temps d'attente.

	Effectif	Pourcentage
ACCEPTABLE	7	10,9
LONG	43	67,2
Ne sais pas (NSP)	14	21,9
Total	64	100,0

Le temps d'attente des patients tel que perçu par les leaders communautaires est jugé long dans **67,2 %** des cas.

L'efficacité du projet s'évalue par rapport à sa capacité à atteindre les objectifs fixés. Ainsi, on pourrait dire que l'efficacité du projet a été de **22 %** car sur les 27 activités programmées, 6 d'entre elles ont été réalisées. Par contre, les externalités positives liées à l'implantation du projet, même si elles ne se traduisent pas directement pour l'atteinte des objectifs fixés, il n'en demeure pas moins qu'elles améliorent les résultats du projet en ce qui concerne l'efficacité ou l'efficience des interventions.

5.4. Analyse de la viabilité et pérennité du projet

La viabilité des différentes structures de soins s'exprime à travers la capacité de chaque centre d'assurer son recouvrement des coûts en dehors des subventions de fonctionnement actuellement assurées en partie par la Mairie de Saint Denis.

La pérennité du projet réside dans la capacité pour chaque structure de soins d'assurer une gestion comptable et financière apte à assurer son autonomisation.

5.4.1. Par rapport à la gestion comptable et financière des centres

Les figures suivantes nous donnent l'évolution des éléments d'analyse de la performance financière des centres qui traduisent l'évolution de leur équilibre financier et de la productivité financière du personnel soignant dans l'optique d'aboutir à l'autonomisation des centres concernés.

- Le ratio d'équilibre de la pharmacie

Permet de prendre en charge les frais liés à son fonctionnement y compris les charges salariales du gérant avec un ratio constamment supérieur à l'unité dans les différents centres.

- Le Taux de bénéfice brut en médicaments

Le taux de bénéfice brut en médicament reste important dans les différentes formations sanitaires, rendant ainsi l'accès aux médicaments essentiels plus difficiles pour les populations. Cette situation expliquerait le coût moyen de l'ordonnance élevé pour le premier niveau de recours aux soins, étant donné qu'au-delà de 1500 F Cfa, on considère le coût de l'ordonnance élevé. Pour les Cscm de la commune de Djelebou (Tichy, Aourou, Serenaly) le taux de bénéfice brut en médicament est élevé

Cette situation pourrait s'expliquer par l'absence de séparation des comptes du dépôt de ceux de la tarification. L'absence de comptabilité analytique, qui n'a pas pu voir son début d'application dans le cadre du projet à contribuer à entamer les ressources de la pharmacie (paiement des salaires de certains agents de la tarification) exposant ainsi dangereusement les différents centres à entamer leur capital médicament. L'absence d'inventaires de fin d'année ne nous a pas permis d'apprécier les différentes variations de stock, donc de calculer l'indice de maintien du capital médicament.

Le maintien de cette tendance (Taux de bénéfice brut en médicaments important), aura des conséquences négatives directes sur la viabilité des centres à travers la baisse de leur fréquentation due au coût de prescription élevée, ce qui occasionnerait des difficultés d'autonomisation en raison de l'incapacité des centres à faire face à leurs charges récurrentes.

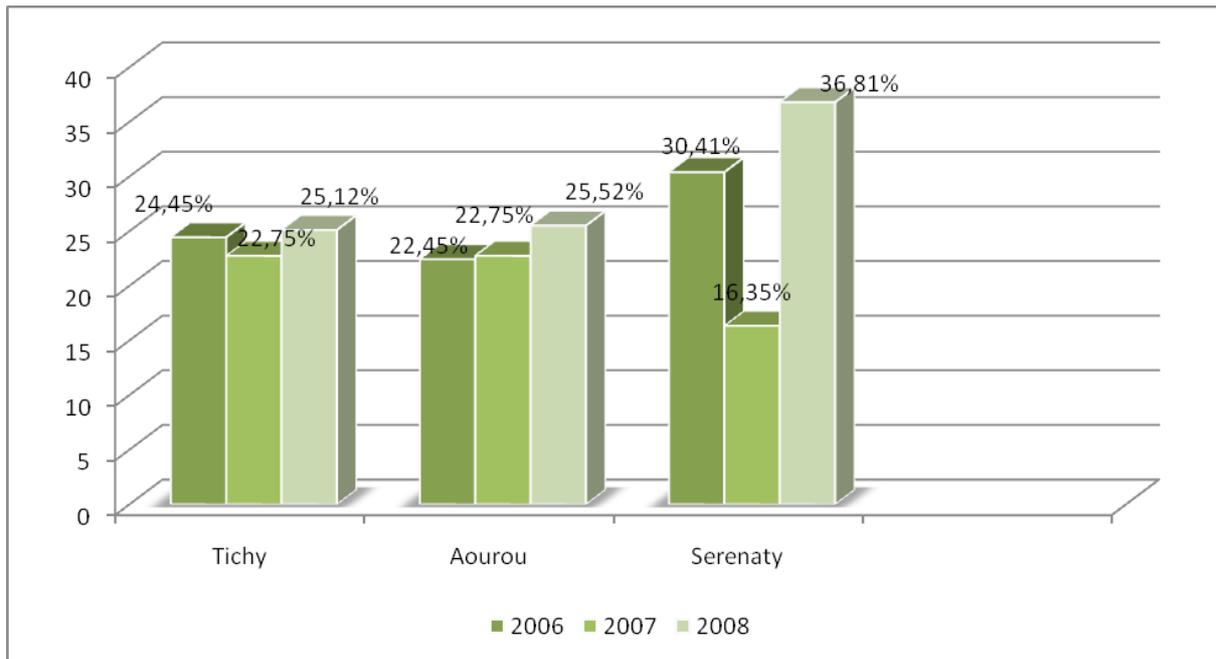


Figure 20 : Répartition des indicateurs de performance financière de la pharmacie les 3 Cscm de Djelebou en ce qui concerne le taux de bénéfice brute en médicaments durant le projet.

Le taux de bénéfice brut en médicament du Cscm de Tichy a augmenté seulement de 0,71% entre 2006 et 2007 passants de 24,45% à 22,75%.

Le taux de bénéfice brut en médicament du Cscm de Aourou était à 25,75% en 2008 et à 36,81% dans cscm de Serenaty la même année.

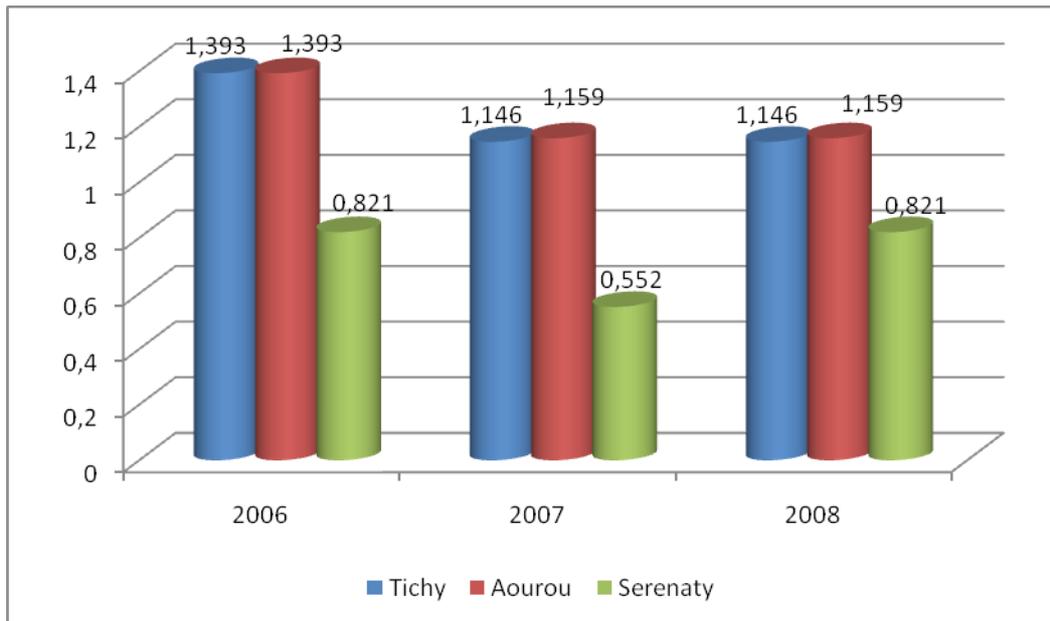


Figure 21 : Répartition des indicateurs de performance financière en fonction du ratio d'équilibre des prestations des 3 Cscm de Djelebou durant le projet.

A Aourou le taux de bénéfice brut en médicament a augmenté à moins de 3% entre 2007 et 2008, le ratio d'équilibre des prestations et de la pharmacie était successivement de 1,393 et 1,159 à la fin du projet. L'indicateur du maintien du capital était passé de 0,537 à 0,515 du début à la fin du projet. A Tichy l'indicateur du maintien du capital était décroissante allant de 1,393 en 2006 à 1,146 en 2007 et 2008. A Serenaty l'indicateur du maintien du capital était à 0,821 en 2006 et 2008, en 2007 il était à 0,552.

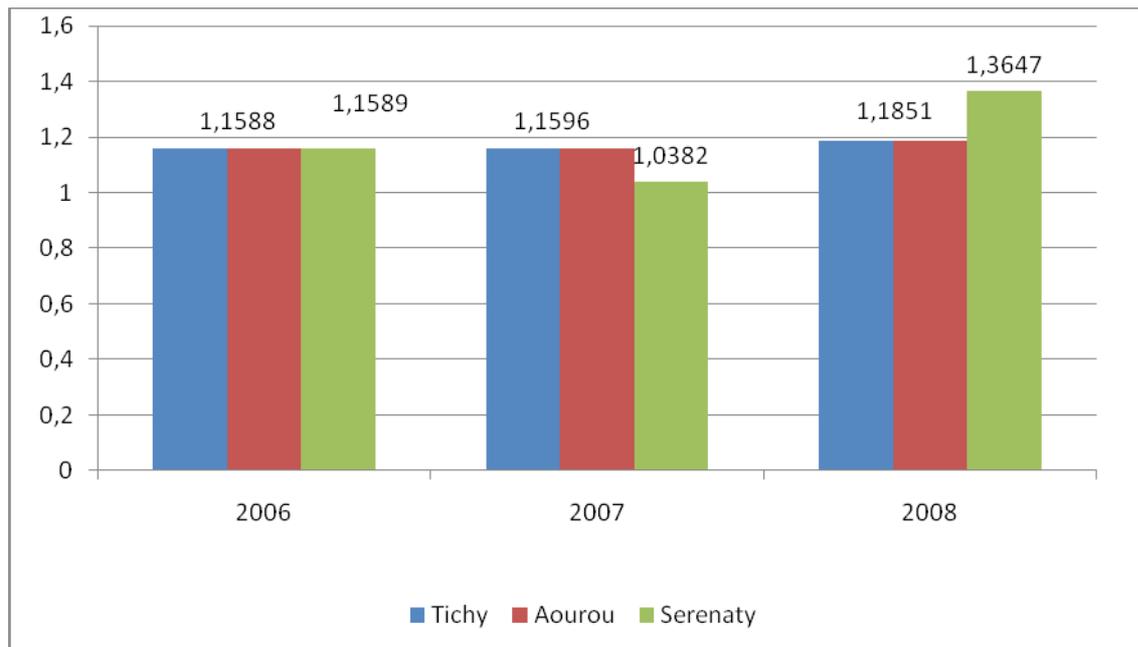


Figure 22 : Répartition des indicateurs de performance financière en fonction du ratio d'équilibre de la pharmacie des 3 Cscm de Djelebou durant le projet.

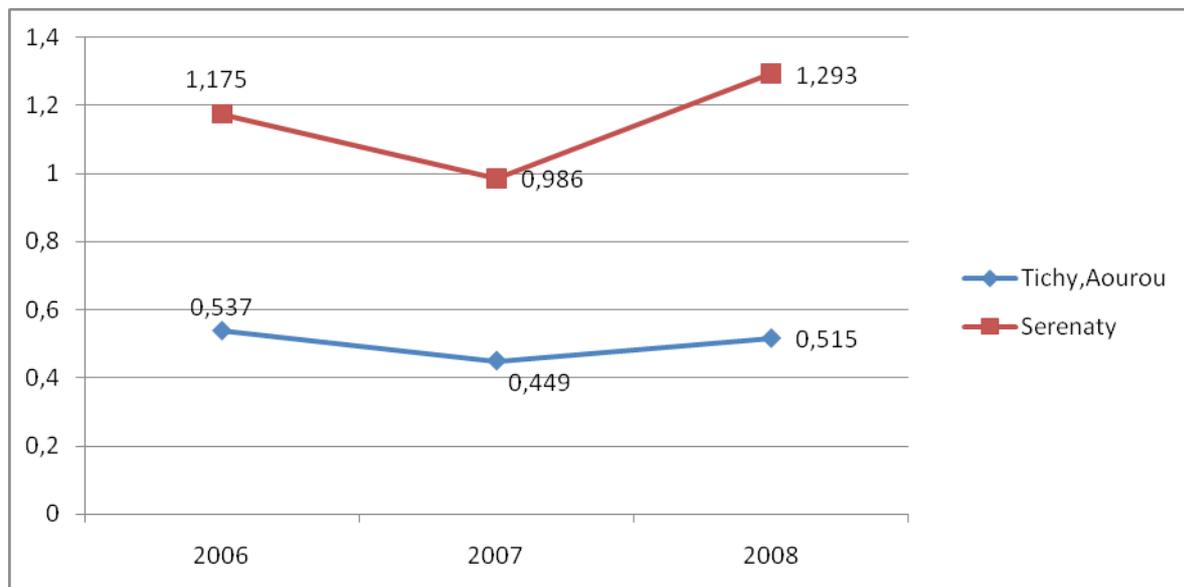


Figure 23 : Répartition de l'indicateur du maintien du capitale dans les trois Cscm de la dite commune.

La production financière du Cscm de Serenaty a connu une nette amélioration par rapport aux autres centres. Le taux de bénéfice brut a grimpé 16,35% à 36,81% entre 2007 et 2008 soit une augmentation de 20,46%. (Figure 20)

5.4.2. Par rapport à la performance technique des centres

5.4.2.1. Par rapport aux indicateurs de recouvrement des coûts et le ratio d'équilibre des prestations

Permet d'apprécier le financement nécessaire au fonctionnement général de la structure de santé dans le domaine des prestations. Il faut signaler par contre que ce ratio a été calculé sur la base des ressources produites par le centre y compris les subventions de fonctionnement qui prennent en partie certaines charges. Ainsi, il n'a pas été possible de déterminer avec précision la capacité d'autonomisation par centre, ne connaissant pas le montant des subventions accordées par centre.

5.4.2.2. Par rapport à la qualité perçue par les communautés

Tableau 17: Niveau d'appréciations des communautés par rapport à la réalisation des séances d'IEC par les CSREF/CSCOM.

	Effectif	Pourcentage
Non répondants	13	20,3
AMELIORENT LES SOINS	5	7,8
ASSEZ INTERESSANT	8	12,6
DISTANCE ET ETAT DE LA ROUTE	15	23,5
MANQUE IEC	12	18,8
pas de problème	5	7,8
PERSONNEL NON DISPONIBLE	6	9,4
Total	64	100,0

Par rapport à l'appréciation par les communautés des séances d'IEC réalisées, près de **19 %** estiment qu'elles ne sont pas réalisées, **9,4 %** estiment que le personnel n'est pas disponible pour les réaliser.

Tableau 18 : Opinion des communautés par rapport aux difficultés qui entravent la bonne marche du système de référence-évacuation.

	Effectif	Pourcentage
Non répondants	3	4,7
AUCUNE IDEE	12	18,8
lieu trop reculé	6	9,4
MANQUE D'AMBULANCE	7	10,9
PAS DE MOYEN	9	14,1
ROUTE IMPRATICABLE	33	31,3
TARIF CHERE	3	4,7
temps d'attente trop long	2	3,1
INDISPONIBILITE DU PERSONNEL	2	3,1
Total	64	100,0

Les principales difficultés qui entravent la réalisation du système de référence-évacuation sont liées à l'impraticabilité des routes (**31,3%**), au manque d'ambulance dans près de **11 %** et à la distance trop éloignée du centre de référence (**9,4%**).

Tableau 19: Propositions des communautés pour améliorer le système de référence-évacuation.

	Effectif	Pourcentage
Non répondants	8	12,5
DOTATION DU CSCOM EN AMBULANCE	33	31,3
BITUMAGE OU REPARATION DES ROUTES	32	29,7
RECRUTEMENT DU PERSONNEL	4	6,3
RECRUTEMENT DE SPECIALITES	2	3,1
REDUIR LES COUTS DE TRANSPORT	2	3,1
COTISATION DES MEMBRES	2	3,1
AUCUNE IDEE	1	1,6
CONSTRUIRE UN BLOC OPERATOIRE	1	1,6
RAS	6	9,4
ROUTE ET IEC	1	1,6

Les principales recommandations formulées par les leaders communautaires pour améliorer le système de référence-évacuation sont la dotation du CSCOM en ambulance (**31,3%**), le bitumage ou la réparation des routes (**29,7%**).

Tableau 20: Niveau de satisfaction des communautés par rapport aux services souhaités.

	Effectif	Pourcentage
NON SATISFAIT	27	42,2
SATISFAIT	37	57,8
TOTAL	64	100,0

Près de 42,2% des patients n'obtiennent pas de satisfaction par rapport à leur besoins en soins.

Tableau 21: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des prestataires.

	Effectif	Pourcentage
TOUJOURS DISPONIBLE	13	20,3
BONNE DISPONIBILITE	8	12,5
DISPONIBILITE MOYENNE	32	50,0
INDISPONIBLE	11	17,2
Total	64	100,0

Dans 17 % des cas le personnel soignant n'est pas du tout disponible pour offrir les prestations de soins, par contre il est toujours disponible dans 20 % des cas.

Tableau 22: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des contraceptifs.

	Effectif	Pourcentage
BONNE DISPONIBILITE	12	18,8
DISPONIBLE ET ACCESSIBLE	20	31,3
LEGEREMENT BONNE	1	1,6
NON DISPONIBLES	16	25,0
NSP	5	7,8
TOUJOURS DISPONIBLE	10	15,6
Total	64	100,0

Les contraceptifs sont jugés indisponibles dans **25 %** des cas, alors qu'une bonne disponibilité est constatée par **19 %** de gens.

Tableau 23: Opinion des communautés par rapport à la disponibilité des médicaments pour traiter les IST.

	Effectif	Pourcentage
BON CHOIX	2	3,1
CHERE AVEC RUPTURE	2	3,1
DISPONIBLE	27	42,3
FAIBLE DISPONIBILITE	3	4,7
NON DISPONIBLE	19	29,7
PAS EFFICACE	1	1,6
SOUVENT PAS DE BON CHOIX	2	3,1
TOUJOURS DISPONIBLE	8	12,5
Total	64	100,0

Les médicaments pour le traitement des infections sexuellement transmissibles sont jugés toujours disponibles dans **12,5 %** des cas, et non disponibles dans **29,7 %** des cas.

L'impact du projet selon le point de vue des utilisateurs de service donne un niveau de satisfaction de près de **42 %**. Plus de la moitié des personnes interrogées se disent non satisfaites de l'ensemble des services globalement offerts par les différentes formations sanitaires.

En faisant un regroupement entre la perception des usagers et les indicateurs de services calculés sur la base des données collectées, on peut globalement dire que le projet bien qu'il ait dépensé suffisamment de ressources au niveau de la localité n'a pas permis de combler les attentes de la majorité des concernées. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par les problèmes de collaboration entre les principaux acteurs du projet, mais aussi par la faible implication des autorités de tutelle dans la mise en œuvre et le suivi du projet. A cela s'ajoute la faible implication du coordinateur du projet auprès des ASACO et des Cscm pour asseoir une approche centrée sur les résultats. Son éloignement des réalités du terrain et son manque d'expérience dans la gestion administrative et financière des ASACO n'ont pas favorisé l'obtention d'un impact significatif.

5.5. Analyse de la collaboration et du partenariat

Le projet est l'œuvre du partenariat établi entre la Marie de Saint – Denis en France et la commune concernée en relation avec l'Association Gidimaxa- Jikké Mali et Gidimaxa Jikké France. La mise en œuvre du projet est assurée sur le terrain avec l'Association malienne de Gidimaxa Jikké Mali et le Maire de la commune concernée.

L'entretien avec les membres de l'Association de Gidimaxa France a permis de mettre en exergue le manque de communication et l'incompréhension entre leur associations sœur installée au Mali, mais aussi entre eux et la Mairie de Saint Denis. Ce désaccord viendrait du fait que les membres de l'Association de France ont estimé qu'ils ont été partie prenante du projet depuis sa conception, mais à la mise en œuvre, ils ont été « mis de côté ». Pour la Mairie de Saint - Denis, il est normal de prendre l'Association Jikké France en compte en tant que partenaire traditionnel de la ville, mais dans la mise en œuvre du projet il était plutôt convenable de confier celle –ci aux acteurs décentralisés en particulier les Maires des six (6) communes concernées en partenariat avec l'Association Jikké Mali qui se trouve sur place. Cette situation a créé une incompréhension qui a été préjudiciable au projet. En effet, Jikké France ne reconnaissant pas le mandat du coordinateur santé, qui du reste ignore tout des activités menées par ce dernier.

Une crise est ouverte entre non seulement les deux (2) Associations Jikké France et Mali, avec des répercussions sur les populations à travers l'implication des Chefs de Villages et des Maires qui se rangent d'un côté ou de l'autre.

Autant la collaboration entre la Marie de Saint - Denis et l'Association Jikké France n'est pas satisfaisante, celle de la Mairie concernée par le Projet et l'Association Jikké Mali d'avec leur partenaire financier de la Mairie de Saint - Denis est satisfaisante.

Quant à la collaboration et le partenariat qui devraient s'instaurer entre les services techniques de la santé (centre de santé de référence et Direction régionale de la Santé) et le projet, elle n'existe ni formellement ni de façon fonctionnelle. Le coordinateur santé du projet ne collabore pas directement avec le centre de santé de référence de Kayes, ce qui serait à la base de la mauvaise qualité de certains indicateurs de gestion au niveau des différentes formations sanitaires couvertes. La non implication du CSRéf fait que non seulement nous n'avons pas pu obtenir toutes les données concernant les différentes formations sanitaires, ce qui a posé de véritables problèmes en terme d'établir les éléments de viabilité de certaines formations sanitaires. Ces différents constants ont été repris par les différents chefs de centre qui affirment que le coordinateur santé du projet ne collabore ni avec les chefs de centre ni avec la structure de référence.

Le médecin –chef adjoint du CSRéf, chargé des missions de suivi-évaluation des Cscm et particulièrement responsable de ceux de cette zone d'intervention du projet en raison de son statut de chargé du programme lèpre, confirme le manque de collaboration avec le coordinateur santé du projet. La seule collaboration citée a été celle que le coordinateur santé a eue avec le CSRéf dans le cadre de la formation en périnatalité organisée avec la sage femme du centre de santé de référence de Kayes.

Par rapport au niveau de collaboration entre le personnel soignant, les membres des organes de gestion des ASACO et les communautés, aucune difficulté particulière n'a été signalée au cours de l'étude. Le niveau de collaboration entre le personnel soignant et les maires est presque inexistant.

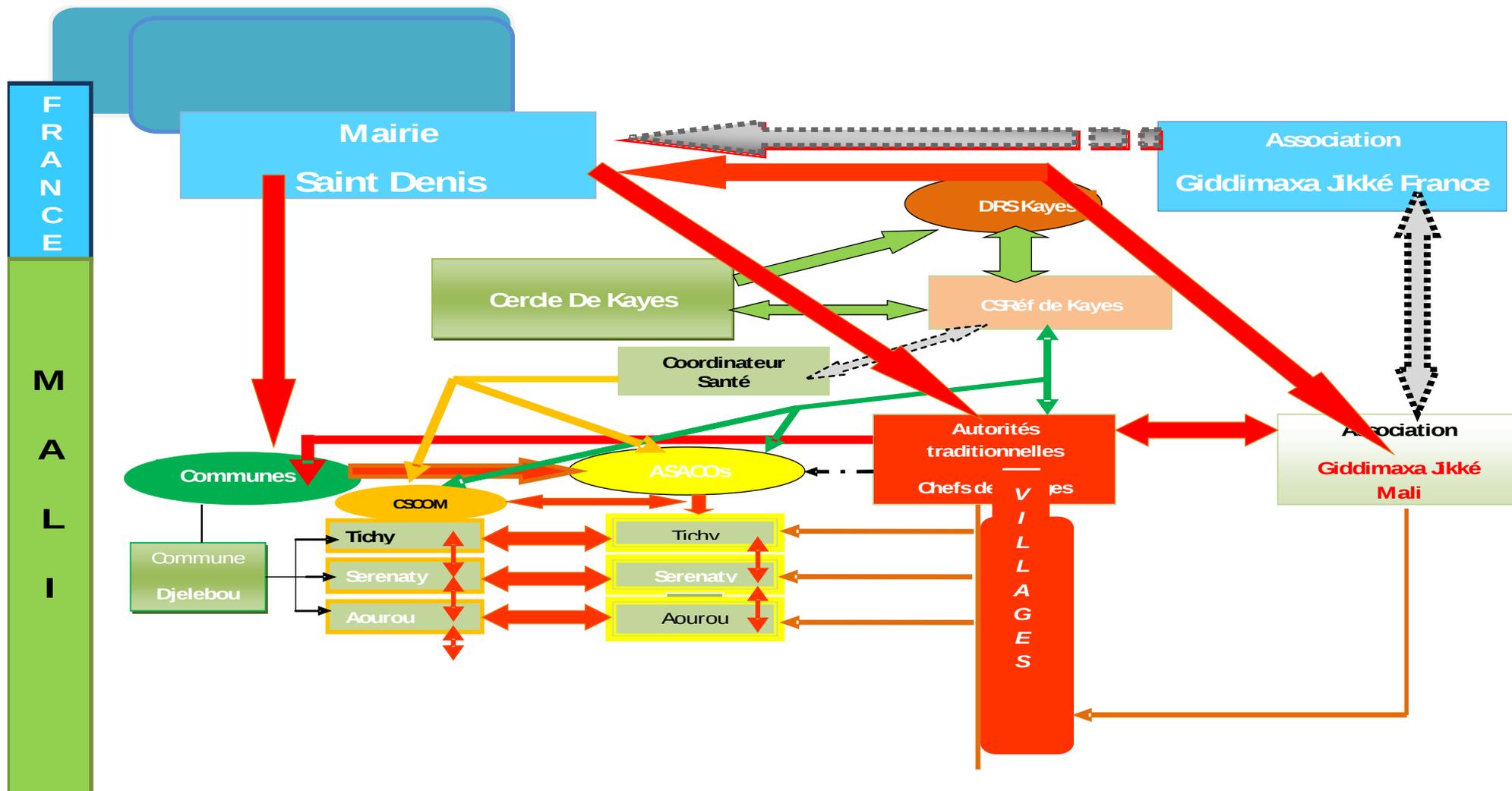


Figure 24 : Schéma d'ensemble de la collaboration entre les

5.6. Analyse de l'impact du projet

L'impact du projet sera évalué à partir de la perception des communautés sur certains services clés offerts par les différentes formations sanitaires de la commune.

Tableau 24 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux services de Planification Familiale.

	Effectif	Pourcentage
AUCUN PROBLEME	33	51,6
MANQUE DE MOTIVATION	11	17,2
MANQUE DE BILAN PRENATAL	8	12,5
RELIGION	4	6,3
AUCUNE IDEE	3	4,7
RUPTURE DE CONTRACEPTIFS	4	6,2
MANQUE PERSONNEL	1	1,6
Total	64	100,0

Les principaux problèmes évoqués par les patients en matière d'accès aux services de planification familiale sont le manque de motivation du personnel soignant 17,2%, la religion 6,3%, la rupture de contraceptifs pour 6,2% et manque de bilan prénatal 12,5%.

Tableau 25 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins prénataux.

	Effectif	Pourcentage
Non répondants	16	25,0
Absence de Médicaments	2	3,1
Manque de surveillance	6	9,4
Manque de motivation	38	59,4
Similitude dans la prescription	2	3,1
Total	64	100,0

Le manque de motivation du personnel **59,4 %** reste la principale difficulté évoquée par les patients en termes d'accès aux soins prénataux suivi du manque de surveillance **9,4%**.

Tableau 26 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins post-nataux.

	Effectif	Pourcentage
NON REpondants	9	14,1
ACCEPTABLE	2	3,1
ACCOUCHEMENT A DOMICILE	1	1,6
COUT ELEVE DES PRESTATIONS	4	6,3
INCOMPETANCE PERSONNEL	11	17,2
MANQUE DE MATRONE	4	6,3
MANQUE DE MEDICAMENT	1	1,6
MANQUE DE ROUTE ET D'AMBULANCE	2	3,1
PAS DE PROBLEME	13	20,3
ABSENCE DE REFERENCE	2	3,1
AUCUNE DIFFICULTE	15	23,4
TOTAL	64	100,0

L'incompétence du personnel **17,2%** le coût élevé des prestations et le manque de matrone sont évoqués comme difficultés majeures d'accès aux soins post-nataux.

Tableau 27 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès à l'accouchement.

	Effectif	Pourcentage
Non répondant	9	14,1
Coût élevé du prix de l'Accouchement	7	11,0
INCOMPETANCE PERSONNEL	11	17,2
MANQUE DE MATRONE	4	6,3
MANQUE DE MEDICAMENT	1	1,6
Manque de route et ambulance	17	26,5
RAS	15	23,4
Total	64	100,0

Le manque de route et d'ambulance pour assurer la référence-évacuation **26,5 %** et l'incompétence du personnel soignant **17,2 %** constituent les principales raisons évoquées par les patients pour avoir accès aux services de l'accouchement.

Tableau 28: Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès au système de référence-évacuation.

	Effectif	Pourcentage
Non répondant	3	4,7
COÛT ELEVEE	14	22,2
ENCLAVEMENT	4	6,2
MANQUE DE COMMUNICATION ET ROUTE	26	40,7
MANQUE DE MEDICAMENT	2	3,1
MAUVAISE CONDITION A L'ACCOUCHEMENT	1	1,6
PAS DE PROBLEME	10	15,6
PROBLEME AU CSREF	4	6,3
Total	64	100,0

Le manque de communication est responsables dans **40,7 %** des cas aux difficultés d'accès au système de référence –évacuation, suivi ensuite des coûts élevés de la référence avec 22,2%.

Tableau 29 : Difficultés rencontrées par les patients en matière d'accès aux soins en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

	Effectif	Pourcentage
Non répondant	5	7,8
COÛT ELEVE	7	10,9
MANQUE d'ARGENT	2	3,1
MANQUE D'HYGIENE	3	4,7
MEDICAMENTS NON DISPONIBLES	7	11,0
PAS DE DIFFICULTE	28	43,8
PAS DE SPECIALISTE	2	3,1
pudeur face à l'agent de santé	3	4,7
TRAITEMENT NON ADEQUAT	6	9,4
Tabou	1	1,6
Total	64	100,0

Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sont le manque de médicaments **11%**, le coût élevé 10,9% et le traitement non adéquat **9,4%**.

Tableau 30: Principales solutions proposées par les communautés pour faire face aux problèmes identifiés.

	Effectif	Pourcentage
Non répondants	21	32,8
acquisition d'ambulance	4	6,2
ELECTRICITE	2	3,1
DEMANDER L'APPUI DE LA MAIRIE	1	1,6
DOTATION D'UNE SALLE D'ECHO	3	4,7
APPROVISER EN MEDICAMENT	5	7,8
Mettre en place un laboratoire	1	1,6
MOTIVATION PERSONNEL	5	7,9
RECRUTER DES AGENT COMPETENT	10	15,6
REDUIRE LES COUTS	2	3,1
SENSIBILISATION DE LA POPULATION	10	15,7
Total	64	100,0

Les principales solutions proposées par le dialogue communautaire sont relatives au recrutement de personnel qualifié **15,6%**, la sensibilisation de la population pour l'utilisation du centre **15,7%**, la motivation du personnel **8%**, l'acquisition d'ambulance **6,2%** et l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques **7,5%**.

6. Leçons apprises

6.1. En terme d'acquis

L'ancrage institutionnel du projet assuré par la mise en place d'un réseau d'intervenants locaux (mairies des 3 communes du cercle de Kayes, association Gidimaxa Jikké Mali) en partenariat avec la mairie de Saint – Denis et l'association Giddimaxa France sous l'égide des municipalités locales garantissant la durabilité de l'intervention à travers son assise locale au travers de la décentralisation.

1. L'implication des autorités communales en partenariat avec une association locale pour la mise en œuvre du projet
2. La mise en place d'un mécanisme de suivi à travers les comités de pilotage au niveau de France et au niveau local
3. L'appui au système d'approvisionnement groupé en médicaments essentiels permettant une économie d'échelle
4. La mise en place d'un coordinateur santé au niveau du projet pour assurer son suivi de proximité

6.2. Au plan des faiblesses ou défis à relever

1. la faible implication des autorités sanitaires de tutelle (CSRéf, DRS) dans la mise en œuvre des activités du projet
2. la faible implication du coordinateur santé du projet dans la formation des ASACO/CSCOM en gestion administrative et financière
3. L'insuffisance notoire du suivi de proximité des activités des Cscm par le coordinateur santé, et de celui-ci par la référente santé
4. L'insuffisance de communication entre tous les acteurs du projet (tutelle de la santé, commune concernée, association Jikké Mali, Jikké France, leaders communautaires, personnel) avec comme conséquence le faible niveau des indicateurs
5. La faible tenue des supports de gestion, ce qui n'a pas permis de collecter toutes les données pour établir les ratios de performance des centres et fixer les conditions de leur viabilité
6. Le faible niveau de fréquentation des Cscm concernés liés certainement à un manque de motivation du personnel soignant mais aussi à un faible niveau de communication entre les dirigeants des ASACO, le personnel et les élus communaux.

7. Commentaires et discussion

7.1. Les approches méthodologiques

Deux (2) approches méthodologiques complémentaires ont été utilisées : La collecte des données quantitatives et qualitatives suivie de la revue documentaire et le calcul des indicateurs techniques.

La collecte des données quantitatives et qualitatives consiste à collecter les données nécessaires afin de pouvoir mesurer l'atteinte des objectifs ainsi que l'impact du projet. Elle comporte, les entretiens individuels semi-directs les entretiens en focus group semi-structuré et l'observation directe non participante.

Quant à l'analyse documentaire elle a permis de compléter l'approche méthodologique à travers le dépouillement et l'analyse de tous les documents du projet et les différents rapports d'activités et de suivi d'évaluation réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de l'action. L'appréciation du niveau des indicateurs s'est faite sur la base des données quantitatives obtenues au moyen de la revue documentaire.

Par ailleurs les indicateurs de performance technique nous a permis de faire le rapport d'adéquation des ressources humaines, le taux de fréquentation, le taux d'accouchements assistés, l'indice d'assiduité aux CPN, le taux de couverture en antigènes du PEV mais aussi des indicateurs de viabilité financière taux de productivité financière du personnel, indice de maintien du capital, taux de recouvrement des médicaments, taux d'équilibre des prestations, taux de productivité financière du personnel soignant : (médecin sage femme, matrone...) ont été calculés pour donner une appréciation globale de la viabilité du projet.

Notons par contre qu'il n'a pas été facile d'évaluer le niveau de réalisation des activités parce qu'elles ne sont pas chiffrées. Les indicateurs de performance des Cscm étudiés constituent une évaluation indirecte de l'intervention, même s'il est difficile de lier les résultats obtenus au projet. Par contre une évolution favorable de ces indicateurs plaidera en faveur de l'efficacité des interventions du projet. Les entretiens avec les populations compléteront cette analyse.

7.2. Par rapport à l'analyse de l'efficacité et de la performance du projet

7.2.1. Par rapport aux activités réalisées par les centres

Les indicateurs d'utilisation des services de soins ont été calculés sur la période du projet couvrant les années 2006, 2007 et 2008.

Les indicateurs de performance en matière d'utilisation des services des différents Cscm, sont assez satisfaisants.

7.2.1.1. Par rapport à l'utilisation des services de soins curatifs

Ceux-ci ont été améliorés dans la plupart des centres :

A Tichy le niveau a quadruplé entre la première et la seconde année. A Aourou aussi l'évolution entre la 1^{ère} et la seconde année est importante avec plus de **15 %** pour redescendre un peu plus que le niveau de la première année **27,2 %** contre **25,13 %** en 2^e année. Ces données sont inférieures à celles de DIARRA qui a retrouvé en 2006 au centre de santé communautaire de l'hippodrome une couverture sanitaire à **48,19 % [26]**.

Evolution de l'utilisation des CPN est comparable à celle de la consultation curative avec un taux à **43,16%**. Par contre BAMADIO a trouvé au CSCOM de sabalibougou dans le secteur de la commune v du district de Bamako que le taux de CPN était à **84 % [27]** cette différence est probablement lié au niveau d'instruction des femmes du milieu urbain qui est plus élevé que celui des femmes du milieu rural.

7.2.1.2. Par rapport au statut vaccinal :

- Statut vaccinal des femmes enceintes :

Il reste en dessous de 40 % à Aourou comparativement à tous les autres centres, qui affichent pour la plupart un niveau de couverture de près de 60 % pour le VAT 1 et 70 % pour le VAT2.

- Couverture en PEV_:

En 2008 à AOUROU le taux d'utilisation du PEV était seulement à 14,8 % contre 58,5 % à TICHY ces données sont comparables à celle de l'EDSN-MICS III (2006) au NIGER qui affirme que 29 % des enfants de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins du PEV [28].

- En termes d'immunisation des enfants de moins d'un an

Le taux de couverture en BCG et Polio zéro est satisfaisant dans la plupart des Cscm même s'il n'atteint pas à certains endroits le niveau requis pour assurer une protection efficace de la population qui est 80 %.

7.2.2. Par rapport à la qualité des soins

Comme indicateur de la qualité des soins nous nous sommes surtout basés sur la perception de la population qui reste l'axe central de l'évaluation de la qualité des

soins. Ainsi nous avons retrouvé que les relations entre le personnel soignant et les patients sont jugés très satisfaisants avec un taux de **95 %**.

Quant à la fonctionnalité de l'ensemble des différents centres de santé communautaire nous avons retrouvé un niveau assez satisfaisant avec un taux estimé à **69,8 %**.

Le niveau d'hygiène et de salubrité reste performant pour l'ensemble des Cscm étudiés avec un taux à **90 %**.

Le niveau de motivation du personnel constitue habituellement un aspect important de l'offre de service de qualité et s'exprime très souvent par l'offre de service de qualité.

Le niveau de motivation du personnel soignant est très faible avec seulement **58,57 %** d'agents ayant un niveau de motivation satisfaisant.

L'efficacité du projet s'évalue en termes de sa capacité à atteindre les objectifs fixés. Ainsi, on pourrait dire que l'efficacité du projet a été de **22 %** car sur les **27 activités** programmées, **6** d'entre elles ont été réalisées. Par contre, les externalités positives liées à l'implantation du projet, même si elles ne se traduisent pas directement en termes d'atteinte des objectifs fixés améliorent les résultats du projet en termes d'efficacité ou de performance des interventions.

7.3. Par rapport à la viabilité et la pérennité du projet

7.3.1. Par rapport à la gestion administrative

L'indicateur de bonne gouvernance des ASACOs est relativement moyen avec **54,4 %**. Sur les 17 items qui constituent l'indicateur de bonne gouvernance locale et de partenariat, cinq (5) d'entre eux soit **29,4 %** sont très mauvais à savoir : la tenue des réunions statutaires, la signature de la convention d'assistance mutuelle et sa mise en œuvre, l'affiliation des agents à la sécurité sociale (INPS) et le paiement des cotisations sociales. Trois indicateurs soit **17,6 %** sont excellents à savoir l'existence d'agrément d'exercice par tous les Cscm étudiés, le paiement régulier des salaires des agents et la rétro-information par le conseil communal sur le rapport des Cscm.

7.3.2. Par rapport à la productivité financière

Les indicateurs de productivité financière indiquent que les ressources produites par les centres ne permettent pas la prise en charge d'un effectif d'agent assez important.

De même notre étude a montré qu'à travers le mode de gestion des Cscm tenus par les Médecins présents, on a constaté clairement que la productivité financière est nettement meilleure à ceux tenus par des infirmiers souvent techniciens supérieurs de santé. A Serenaty, par exemple le CSCOM tenu par un médecin a une meilleure productivité. On a remarqué aussi que les centres ayant rationalité le nombre d'agents de santé présentent une meilleure productivité financière, donc de plus grandes chances de réussite à moyen terme leur autonomisation.

7.3.3. Par rapport à la gestion comptable et finance

- **Le ratio d'équilibre de la pharmacie** est constamment supérieur à l'unité dans les différents centres.
- **Le Taux de bénéfice brut en médicaments**

Le taux de bénéfice brut en médicament reste important dans les différentes formations sanitaires, rendant ainsi l'accès aux médicaments essentiels plus difficiles pour les populations. Cette situation expliquerait le coût moyen de l'ordonnance élevé pour le premier niveau de recours aux soins, étant donné qu'au-delà de 1500 F Cfa, on considère le coût de l'ordonnance élevé. Pour les Cscm de la commune de Djelebou (Tichy, Aourou, Serenaty) le taux de bénéfice brut en médicament est élevé, par contre l'étude de MARICO.O avait trouvé que le coût moyen des ordonnances était très bas au centre de santé communautaire de Banconi [6].

Cette situation pourrait s'expliquer par l'absence de séparation des comptes du dépôt de ceux de la tarification. L'absence de comptabilité analytique, qui n'a pas pu voir son début d'application dans le cadre du projet à contribuer à entamer les ressources de la pharmacie (paiement des salaires de certains agents de la tarification) exposant ainsi dangereusement les différents centres à entamer leur capital médicament.

Globalement en terme de viabilité et pérennité on peut dire que le projet bien qu'il ait dépensé suffisamment de ressources au niveau de la localité n'a pas permis de combler les attentes de la majorité des concernées. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par les problèmes de collaboration entre les principaux acteurs du projet, mais aussi par la faible implication des autorités de tutelle dans la mise en œuvre et le suivi du projet. A cela s'ajoute la faible implication du coordinateur du projet auprès des ASACO et des Cscm pour asseoir une approche centrée sur les résultats. Son éloignement des réalités du terrain et son manque d'expérience dans la gestion administrative et financière des ASACO n'ont pas favorisé l'obtention d'un impact significatif.

7.4. Par rapport à la collaboration et du partenariat

Le projet est l'œuvre du partenariat établi entre la Marie de Saint – Denis en France et la commune concernée en relation avec l'Association Gidimaxa- Jikké Mali et Gidimaxa Jikké France. La mise en œuvre du projet est assurée sur le terrain avec l'Association malienne de Gidimaxa Jikké Mali et les Maires des communes concernées.

Ainsi :

Autant la collaboration entre la Marie de Saint - Denis et l'Association Jikké France n'est pas satisfaisante, celle des Mairies des communes concernées par le Projet et l'Association Jikké Mali d'avec leur partenaire financier de la Mairie de Saint - Denis est satisfaisante.

Par rapport au niveau de collaboration entre le personnel soignant, les membres des organes de gestion des ASACO et les communautés, aucune difficulté particulière n'a été signalée au cours de l'étude. Le niveau de collaboration entre le personnel soignant et les maires est presque inexistant.

7.5. Par rapport à l'impact du projet

L'impact du projet à été évalué à partir de la perception des communautés sur certains services clés offerts par les différentes formations sanitaires des communes concernées. Ainsi nous avons trouvés que :

Les principales solutions proposées par le dialogue communautaire sont relative au recrutement de personnel qualifié **15,6%**, la sensibilisation de la population pour l'utilisation du centre **15,7%**, la motivation du personnel **8%**, l'acquisition d'ambulance **6,2%** et l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques **7,5%**.

8. Conclusion

Pour conclure nous pouvons dire qu' en matière d'autonomisation les indicateurs de productivité financière indiquent que les ressources régénérées par les différents Cscoms ne peuvent leurs permettre la prise en charge d'un effectif d'agents assez important. Cependant parmi les 3 centres étudiés le Cskom de Serenaty à une plus grande chance par rapport aux deux autres de réussir son autonomisation à long terme car ce centre a présenté une productivité financière de plus en plus croissante durant toute la période de l'évaluation.

9. Recommandations

Au terme de notre étude, suite aux différentes insuffisances constatées, il conviendrait de renforcer les acquis constatés et relever les défis constatés à travers les recommandations suivantes.

- Renforcer le niveau de fréquentation des CSCOM par l'amélioration du niveau de motivation du personnel soignant et le niveau de communication entre les dirigeants des ASACO, le personnel et les élus communaux.
- Promouvoir l'implication des autorités sanitaires de tutelle (CSRéf, DRS) dans la mise en œuvre des activités du projet.
- Renforcer l'implication du coordinateur santé du projet dans la formation des ASACO/CSCOM en gestion administrative et financière.
- Assurer le suivi de proximité des activités des CSCOMs par le coordinateur santé.

Bibliographie

1. **MS**, Enquête démographique et santé au Mali 2001, CPS/MS, DNS et ORC Macro 2002
2. **AG IKnane A, San GH OH, Diawara A**. Inventer une médecine de quartier: l'expérience de Bamako,
3. Innover dans le système de santé, expérience d'Afrique de l'ouest, Editions Kartala, 1997, P153-166.
4. **AG IKnane A.KadjoKe M**, Renforcement institutionnel de la santé communautaire au Mali, Fenascom, OMAES.
5. **Maïga M. M**. Evolution de la santé communautaire : contribution des C Scom à la lutte contre la pauvreté pour la santé, Forum national pour la promotion de la santé communautaire au Mali, 1ere édition, Bamako du 20 au 23 juin 2006.
6. **Fenascom**, rapport d'activité du bureau exécutif national, période 2006.
7. **Maric ko O.**, le centre de santé communautaire de Banconi(ASACOBa), thèse de doctorat en médecine, ENMP, 1991.
8. **Anonyme**. Enquête démographique et de santé du Mali, EDSMI, II, 1987, 1995, 96, 2001, MS, CPS/ santé, Macro 2001.
9. **Balique Hubert**, le système de soin du Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme thèse de doctorat à l'université de la méditerranée, Marseille, 1998, 600P.
10. **AG IKNANE A, KADJOKE M, TRAORE K, KANTEN, THIERO TA ; et al**. Comprendre l'impact de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique. Le cas du Mali, Analyse documentaire, ASACOBa. INRSP, UE, septembre 2002, 117P.
11. **FENASCOM**, rapport d'activités du bureau exécutif national, période de novembre 2003 à Aout 2008, FENASCOM, octobre 2008.
12. **MDRI**. Atelier national sur le transfert des compétences aux collectivités territoriales, Bamako 2000.
13. **MS**. Enquête démographique et de santé au Mali 1995-1996, CPS-MS, DNSI, DHS, 1996.
14. **NAFO F**. Accès aux services de santé de base au Mali, enjeux et objectifs, défis et perspectives symposium international santé et développement, 2000.

15. **MS**, Enquête nationale de couverture vaccinale, 1998.
16. **AG IKNANE A, SANGHOH, DIAWARA K, Coulibaly S** Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako, innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'ouest, éditions Kartala, 1997, P153-166.
17. **Diarra T. Et Diakité B.D**, le quartier de Banconi : étude socio-économique et sanitaire, INRSP, division de la santé communautaire, Bamako 1990.
18. **Diallo Drissa**. Constitution à l'étude de la consommation médicamenteuse au Mali ; résultats d'une enquête portant sur les cercles de Bougouni et kadiolo, thèse de doctorat en pharmacie, école nationale de médecine et de pharmacie du Mali, Bamako, février 1982 Page N°7.
19. **Somasap** : Mali santé publique 2011 revue scientifique destinée aux spécialistes et intervenants en santé publique. Tome 1 N°001.
20. **ANONYME**. Cartographie du Mali, ([wwwgoogle.com](http://www.google.com)), consulté le 7 janvier 2011 à 18h05mn, 5p.
21. **Enquête Démographique et de Santé du MALI** : Enquête démographique et de santé (EDSMIV) 2006, D N S I, CPS /MS et macro international, décembre 2006, 497P.
22. **Ministère D'Administration Territoriale et des Collectivités Locales** :
23. Quatrième recensement général de la population et de l'habitat du Mali : R.G. P.H (résultats provisoires), juillet 2009, 30P.
24. **ANONYME**. Statistiques sanitaires mondiale, OMS, (www.who.org), consulté le 11 novembre 2010 à 22Hmn43, 3p.
25. **AGIKNANE A, TRAORE M.M., SOMARE S**. Évaluation du Projet de soutien à l'autonomisation des Centres de Santé Communautaires de trois (3) communes.
26. Rurales maliennes du cercle de Kayes : Karakoro, Djelebou et Sahel, rapport Mars 2010 Page N° 101.
27. **Balique H, Ouattara O, AGIKNANE A**. Dix ans d'expérience de la santé communautaire au Mali, bulletin de santé publique, 2000, vol 13, N°1, PP 35-48.
28. **AGIKNANE A, KADJAKE M., Camara I. et Camara M**. la santé communautaire au Mali, aspects juridiques, réglementaires et économie politique, éditions jamano, mai 2000.
29. **BADIALLAH M.C**. Développer un cadre institutionnel favorable à l'assurance qualité, Qualité santé, Rapport, septembre 2003.

- 30. DIARRA M S.** Evaluation du centre de santé communautaire de l'hippodrome (ASACOHI) de 1997 à 2006. Thèse de médecine Bamako.2008 ; 08-M-335 : P 57.
- 31. BAMADIO A.** Evaluation de la qualité de consultation prénatale au centre de santé communautaire de sabalibougou secteur 1 de la commune v du district de Bamako.2008 ; 08-M-286 : P 62.
- 32. E D S N MICS III.** Enquête démographique et de santé et à l'indicateurs multiples au Niger. M E F, rapport de synthèse 2006 : 11P.

Annexe

Annexe1. Indicateurs de performance d'utilisation des services des Cscm de la commune rurale de Djelebou.

1. Indicateurs de performance d'utilisation des services soins du CSCOM de TICHY

Indicateur de performance	Niveau d'indicateur par an		
	2006	2007	2008
Taux d'utilisation 23,82 de la consultation curative		5,81	20,33
Taux d'utilisation de la CPN 68,43		62,72	83,48
Taux d'accouchements assistés 60,05		59,95	11,73

Annexe2. Indicateurs de performance d'utilisation des vaccins dans le Cscm de Tichy.

Indicateurs de Performance année	Niveau d'indicateur par	
	2006	2007
2008		
Taux d'utilisation du PEV	100,30	87,42 58,50
Taux de couverture en BCG	77,24	94,19 66,78
Taux de couverture en DTC	82,43	69,94 62,91
Taux de couverture en VAT1 des FE	73,29	64,10 56,57
Taux de couverture en VAT2 des FE	56,5	59,03 71,74

A Tichy le niveau de réalisation du programme élargie de vaccination reste moyen avec 58,50%.

Annexe 3. Indicateurs de performance d'utilisation des services de soins dans le Cscm d'Aourou.

Indicateur de performance	Niveau d'indicateur par année		
	2006	2007	2008
Taux d'utilisation de la consultation curative	25,13	43,74	27,21
Taux d'accouchements assistés	14,66	13,79	28,06
Taux d'utilisation de la CPN 103,08	73,56	66,19	

Le taux d'utilisation de la CPN est satisfaisant à Aourou avec 66,19% en 2007.

Annexe 4. Indicateurs de performance d'utilisation des vaccins dans le Cscm d'Aourou

Indicateur de performance	Niveau d'indicateur par année		
	2006	2007	2008
Taux d'utilisation du PEV	34,59	28,65	14,81
Taux de couverture en BCG	172,63	177,53	144,03
Taux de couverture en VAR	115,70	94,07	107,55
Taux de couverture en DTC	122,60	138,24	147,40
Taux de couverture en VAT1 des FE	73,56	66,19	58,29
Taux de couverture en VAT2 des FE	35,51	35,85	38,59

En termes d'immunisation du vaccin anti tétanique des femmes enceintes le Cscm d'Aourou note peut de participation surtout pour le VAT2 avec seulement 38,59% en 2008.

Annexe 5. Indicateurs de performance d'utilisation des services soins dans le Cscm de Serenaty.

Indicateur de performance	Niveau d'indicateur par an		
	2006	2007	2008
Taux d'utilisation de La consultation curative	0,00	0,00	0,00
Taux d'utilisation de la CPN	33,16	39,26	41,90
Taux d'accouchement assistés	29,51	33,74	33,01

A Serenaty le taux d'utilisation des services de santé reste moins encourageant avec 33,01% et 41,90% du taux d'accouchement médicalement assistés et du suivit de la CPN successivement en 2008.

Annexe 6. Cout moyen de l'ordonnance des trois Cscm de la commune rurale de Djelebou.

	Tichy	Aourou	Serenaty
ANNEE			
2006	2 400	2 467	3 500
2007	4 310	2 668	2 200
2008	3 599	2 858	3 600

C. Indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau des Cscm de la commune de Djelebou.

Annexe 7. Indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Tichy.

Indicateur de performance	Niveau de l'indicateur		
	Par année		
	2006	2007	2008
Ratio d'adéquation du personnel qualifié	4 337	4 432	4 530
Ratio de médecins /habitants	4 350	3 548	3 626
Ratio d'infirmiers /habitants	4 337	4 432	4 530
Ratio Infirmière Obstétricienne / hbt	3 548	3 626	3 706
Ratio de matrones / habitant	4 337	4 432	4 530

Le rapport soignant par population varie de 3 548 habitants à 4 530 habitants à Tichy. Ces données sont satisfaisantes puis qu'elle reste en dessous des recommandations de l'O M S.

Annexe 8. Indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm d'Aourou

Indicateur de performance	Niveau de l'indicateur		
	Par année		
	2006	2007	2008
Ratio d'adéquation du personnel qualifié	3 548	3 626	3 706
Ratio de médecins /habitants	3 706	6 032	4 337
Ratio d'infirmiers /habitants	3 548	3 626	3 706
Ratio Infirmière Obstétricienne / hbt	4 337	4 432	4 530
Ratio de matrones / habitant	7 096	7 252	7 412

Dans le CSCOM d'Aourou aussi il ya environ 4 000 habitants pour un soignant, mais cependant les matrones restent les plus sollicitée avec pas moins 7 400 habitants par matrone.

Annexe 9. Indicateurs d'adéquation des ressources humaines au niveau du Cscm de Serenaty

Indicateur de performance	Niveau de l'indicateur		
	Par année		
	2006	2007	2008
Ratio d'adéquation du personnel qualifié	6 032	6165	6 300
Ratio de médecins /habitants	4 432	6 115	6 300
Ratio d'infirmiers /habitants	4 562	5 869	6 239
Ratio Infirmière Obstétricienne / hbt	6 115	6 235	6 345
Ratio de matrones / habitant	6 165	6 300	6 511

Annexe10 : Aire de Santé de Tichy (commune de Djelebou)

Indicateurs	Mode de calcul	Résultat		
		2006	2007	2008
A SOCIO- DEMOGRAPHIQUES				
Population référence de 1988				
Effectif de la Population		4 337	4 432	4 530
Taux d'accroissement annuel (2,2%)	Nbre de naissances vivantes / Population totale x 100	0,022	0,022	0,022
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois (4%)	Nombre enfants 0-11 mois / Pop Totale x 100	0,04	0,04	0,04
Effectif enfants de 0 à 11 mois	Population Totale x le % enfants 0-11 mois	173,48	177	181
Pourcentage enfants de 0 à 59 mois	Nombre enfants 0-59 mois / Pop Totale x 100	0,2	0,2	0,2
Effectif enfants de 0 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 0-59 mois	867	886	906
Pourcentage enfants de 12 à 59 mois	Nombre enfants 12-59 mois / Pop Totale x 100	0,16	0,16	0,16
Effectif enfants de 12 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 12-59 mois	694	709	725
Pourcentage des FAP	Nombre de Femmes de 15-49 ans / Pop Totale x 100	0,22	0,22	0,22
Nbre de femmes en âge de procréer	Population Totale x le % FAP	954	975	997
Pourcentage des femmes enceintes	Nombre de Femmes enceintes / Pop Totale x 100	0,05	0,05	0,05
Nbre de femmes enceintes	Population Totale x le % FE	217	222	226
B DE RESSOURCES FINANCIERES (PERFORMANCE FINANCIERE)				
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	Bénéfice Brut / Ventas en Médicaments X 100	24,45	22,75	25,62
Bénéfice brut =	Prix de Vente des ME - PA ME Vendus (A - B)	2 872 590	3 774 405	4 266 960
	Prix de Vente des ME (A)	11	16	16
		746 925	587 565	652 415
	PA des Médicaments vendus (B)	8	12	12 385
		874 335	813 160	455
2 Ratio d'équilibre des prestations	Chiffre d'Affaire prestations / Total Charges des Prestations	1,393	1,131	1,146
	Chiffre d'Affaire Prestations =	4	5	6 753
	Somme des Recettes Prestations	985 250	872 650	700
	Charges prestations= Total dépenses liées aux prestations	3 578 260	5 194 225	5 891 155
3 Taux d'équilibre de la pharmacie	Chiffre d'Affaire en ME / Total Charges de la pharmacie	1,1588	1,1596	1,1851
	CA Médicaments = Total recettes en médicaments	11 746 925	16 587 565	

		Total Charges de la pharmacie	10 137 385	14 305 160	14 051 975
4	Indicateur de maintien du capital *	Capital de la pharmacie / Dotations totales en Médicaments	0,537	0,449	0,515
	Capital de la pharmacie =	Stock Initial + Créances + Avoir en caisse et banque - Dettes	5 985 250	6 872 650	7 753 700
	Dotations totales en médicaments =	Dotations Initiales + Dotations complémentaires	11 137 385	15 305 160	15 051 975
		Dotations complémentaires (achats complémentaire de ME)	10 137 385	14 305 160	14 051 975
C DE PRODUCTIVITE					
8	Productivité du personnel (annuelle)	Chiffre d'Affaire du Centre / Nombre d'agents	2 788 696	22 460 215	23 406 115
9	Productivité du personnel (mensuelle)	Chiffre d'Affaire mensuel du Centre / Nombre d'agents	464 783	3 743 369	3 901 019
	Productivité annuelle du médecin	Chiffre d'Affaire des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
a	Productivité mensuelle du médecin	Chiffre d'Affaire mensuel des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		CA Du centre = CA Prestations + CA ME	16 732 175	22 460 215	23 406 115
		CA Dispensaire (Prestations curatives + soins infirmiers)			
		CA des prestations curatives (liées au médecin)	2 846 750	2 933 000	3 214 750
		CA maternité = Ensemble recettes de la maternité	874 900	2 933 000	3 214 750
	Productivité Annuelle de la SF	Chiffre d'affaire de la maternité / Nombre de SF	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
b	Productivité mensuelle de la SF	Chiffre d'affaire mensuelle de la maternité / Nombre de SF	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
D D'UTILISATION DES SERVICES					
1 0	Taux d'utilisation des soins curatifs	Nombre de Consultants / Population totale x 100	114,73	115,42	123,29
		Nombre de consultants	4 976	5 116	5 585
1 1	Taux d'utilisation de la CPN	Nombre de nouvelles CPN / Naissances attendues x 100	93,15	184,10	178,81
		Nbre de nouvelles inscrites en CPN	202	408	405
1 2	Taux d'accouchements assistés	Nombre d'accouchés assistés / Naissances attendues x 100	85,77	975,63	1319,09

		Nombre de grossesses assistées	186	222	338
1 3	Taux d'utilisation du PEV	Nombre de DTC1 / Population cible x 100	106,64	159,62	172,74
		Nombre enfants vaccinés au DTC1	185	283	313
1 4	Taux de perte en DTC (%)	Nombre de (DTC1 - DTC3) / DTC1 x 100	13,51	20,14	5,11
		Nombre enfants vaccinés au DTC3	160	226	297
1 5	Taux de couverture en BCG	Nombre doses BCG administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	77,24	181,05	147,35
		Nombre enfants ayant reçu le BCG	134	321	267
1 6	Taux de couverture en VAR	Nombre doses VAR administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	76,09	108,29	136,87
		Nombre enfants ayant reçu le VAR	132	192	248
1 7	Taux de couverture en DTC	Nombre doses DTC3 administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	92,23	127,47	163,91
		Nombre de FE vaccinés au VAT 1	202	313	409
1 8	Taux de couverture en VAT1 des FE	Nombre doses VAT1 administrées / Nbre de FE x 100	93,15	141,23	180,58
		Nombre de FE vaccinées au VAT 2	78	182	339
1 9	Taux de couverture en VAT2 des FE	Nombre doses VAT2 administrées / Nbre de FE x 100	35,97	82,12	149,67
1 8	Coût moyen de l'ordonnance	CA pharmacie pdt une période / Nbre ordce pdt la période	2 400	2 568	2 550
E DE RESSOURCES HUMAINES					
5	Répartition du personnel par catégorie	Effectif total du personnel identifié dans la localité	6	6	6
		Nombre d'agents qualifiés	1	1	1
6	Ratio d'adéquation des ressources humaines	Pop totale de la localité/Nbre total d'agents	723	739	755
7	Ratio d'adéquation des ressources qualifiées	Pop totale de la localité/Nbre agents qualifiés	4 337	4 432	4 530
		Nombre de Médecins	0	0	0
a	Ratio Médecin par habitants	Population totale de la localité/Nombre de Médecins	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

	Nombre de Techniciens sup de santé		1	1	1
b	Ratio Infirmier par habitants	Population totale de la localité/Nombre d'Infirmiers	4 337	4 432	4 530
	Nbre d'infirmiers auxiliaire (Aide Soignant)		0	0	0
	Ratio Aide soignant / habitants	Population totale de la localité/Nombre AS	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Nombre d'Infirmière Obstétricienne		0	0	0
c	Ratio Inf Obstetricienne / habitant	Population totale de la localité / Nombre d'IO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Nbre de matrones accoucheuses		1	1	1
d	Ratio matrones / habitant	Population totale de la localité / Nombre matrones	4 337	4 432	4 530

Annexe11 : Aire de Santé de Aourou (commune de Djelebou)					
Indicateurs	Mode de calcul	Résultat			Unité
		2006	2007	2008	
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
Population référence de 1988					
Effectif de la Population		4 337	4 432	4 530	
Taux d'accroissement annuel (2,2%)	Nbre de naissances vivantes / Population totale x 100	0,022	0,022	0,022	
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois (4%)	Nombre enfants 0-11 mois / Pop Totale x 100	0,04	0,04	0,04	
Effectif enfants de 0 à 11 mois	Population Totale x le % enfants 0-11 mois	173,48	177	181	
Pourcentage enfants de 0 à 59 mois	Nombre enfants 0-59 mois / Pop Totale x 100	0,2	0,2	0,2	
Effectif enfants de 0 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 0-59 mois	867	886	906	
Pourcentage enfants de 12 à 59 mois	Nombre enfants 12-59 mois / Pop Totale x 100	0,16	0,16	0,16	
Effectif enfants de 12 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 12-59 mois	694	709	725	
Pourcentage des FAP	Nombre de Femmes de 15-49 ans / Pop Totale x 100	0,22	0,22	0,22	
Nbre de femmes en âge de procréer	Population Totale x le % FAP	954	975	997	
Pourcentage des femmes enceintes	Nombre de Femmes enceintes / Pop Totale x 100	0,05	0,05	0,05	
Nbre de femmes enceintes attendues	Population Totale x le % FE	217	222	226	
B DE RESSOURCES FINANCIERES (PERFORMANCE FINANCIERE)					
1	Taux de bénéfice brut en Médicaments	Bénéfice Brut / Ventas en Médicaments X 100	24,45	22,75	25,62
	Bénéfice brut =	Prix de Vente des ME - PA ME Vendus (A - B)	2 872 590	3 774 405	4 266 960
		Prix de Vente des ME (A)	11 746 925	16 587 565	16 652 415
		PA des Médicaments vendus (B)	8 874 335	12 813 160	12 385 455
2	Ratio d'équilibre des prestations	Chiffre d'Affaire prestations / Total Charges des Prestations	1,393	1,131	1,146
		Chiffre d'Affaire Prestations =	4 985	5	6 753
		Somme des Recettes Prestations	250	872 650	700
		Charges prestations= Total dépenses liées aux prestations	3 578 260	5 194 225	5 891 155

3	Taux d'équilibre de la pharmacie	Chiffre d'Affaire en ME / Total Charges de la pharmacie	1,1588	1,1596	1,1851
		CA Médicaments = Total recettes en médicaments	11 746	16 587	16 652
		Total Charges de la pharmacie	925	565	415
			10 137	14 305	14 051
			385	160	975
4	Indicateur de maintien du capital *	Capital de la pharmacie / Dotations totales en Médicaments	0,537	0,449	0,515
	Capital de la pharmacie =	Stock Initial + Créances + Avoir en caisse et banque - Dettes	5 985	6	7 753
			250	872 650	700
	Dotations totales en médicaments =	Dotations Initiales + Dotations complémentaires	11 137	15 305	15 051
			385	160	975
		Dotations complémentaires (achats complémentaire de ME)	10 137	14 305	14 051
			385	160	975
C DE PRODUCTIVITE					
8	Productivité du personnel (annuelle)	Chiffre d'Affaire du Centre / Nombre d'agents	2 788	22 460	23 406
			696	215	115
9	Productivité du personnel (mensuelle)	Chiffre d'Affaire mensuel du Centre / Nombre d'agents	464 783	3 743	3 901 019
				369	
	Productivité annuelle du médecin	Chiffre d'Affaire des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
a	Productivité mensuelle du médecin	Chiffre d'Affaire mensuel des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		CA Du centre = CA Prestations + CA ME	16 732	22 460	23 406
			175	215	115
		CA Dispensaire (Prestations curatives + soins infirmiers)			
		CA des prestations curatives (liées au médecin)	2 846	2 933	3 214 750
			750	000	
		CA maternité = Ensemble recettes de la maternité	874 900	2 933	3 214 750
				000	
	Productivité Annuelle de la SF	Chiffre d'affaire de la maternité / Nombre de SF	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
b	Productivité mensuelle de la SF	Chiffre d'affaire mensuelle de la maternité / Nombre de SF	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

D D'UTILISATION DES SERVICES

10	Taux d'utilisation de la cons curative	Nombre de Consultants / Population totale x 100	25,13	43,74	27,21
		Nombre de consultants	1 783	3 172	2 017
11	Taux d'utilisation de la CPN	Nombre de nouvelles CPN / Naissances attendues x 100	73,56	66,19	103,08
		Nbre de nouvelles inscrites en CPN	261	240	382
12	Taux d'accouchements assistés	Nombre d'accouch assistés / Naissances attendues x 100	14,66	13,79	28,06
		Nombre de grossesses assistées	52	50	104
13	Taux d'utilisation du PEV	Nombre de DTC1 / Population cible x 100	187,43	193,74	173,04
		Nombre enfants vaccinés au DTC1	532	562	513
14	Taux de perte en DTC (%)	Nombre de (DTC1 - DTC3) / DTC1 x 100	34,59	28,65	14,81
		Nombre enfants vaccinés au DTC3	348	401	437
15	Taux de couverture en BCG	Nombre doses BCG administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	172,63	177,53	144,03
		Nombre enfants ayant reçu le BCG	490	515	427
16	Taux de couverture en VAR	Nombre doses VAR administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	94,07	107,55	115,70
		Nombre enfants ayant reçu le VAR	267	312	343
17	Taux de couverture en DTC	Nombre doses DTC3 administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	122,60	138,24	147,40
		Nombre de FE vaccinés au VAT 1	261	240	216
18	Taux de couverture en VAT1 des FE	Nombre doses VAT1 administrées /Nbre de FE x 100	73,56	66,19	58,29
		Nombre de FE vaccinées au VAT 2	126	130	143
19	Taux de couverture en VAT2 des FE	Nombre doses VAT2 administrées /Nbre de FE x 100	35,51	35,85	38,59

1	Coût moyen de l'ordonnance	CA pharmacie pdt une période / Nbre ordce pdt la période	2 467	2 668	2 858
---	----------------------------	--	----------	-------	----------

E DE RESSOURCES HUMAINES

5	Répartition du personnel par catégorie	Effectif total du personnel identifié dans la localité	6	6	6
	Nombre d'agents qualifiés		2	2	2
6	Ratio d'adéquation des ressources humaines	Pop totale de la localité/Nbre total d'agents	1 183	1 209	1 235
7	Ratio d'adéquation des ressources qualifiées	Pop totale de la localité/Nbre agents qualifiés	3 548	3 626	3 706
	Nombre d'Infirmiers		2	2	2
a	Ratio Infirmiers par habitants	Population totale de la localité/Nombre d'infirmiers	3 548	3 626	3 706
	Nbre d'infirmiers auxiliaire (Aide Soignant)		1	1	1
	Ratio Aide soignant / habitants	Population totale de la localité/Nombre AS	7 096	7 252	7 412
	Nombre de sage -Femmes		0	0	0
c	Ratio Sage - femme / habitant	Population totale de la localité / Nombre SF	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Nbre de matrones accoucheuses		1	1	1
d	Ratio matrones / habitant	Population totale de la localité / Nombre matrones-accoucheuses	7 096	7 252	7 412

Annexe 12 : Aire de santé de Serenaty (commune de Djelebou)

Indicateurs	Mode de calcul	Résultat		
		2006	2007	2008
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES				
Population référence de 1988				
Effectif de la Population		6 032	6 165	6 300
Taux d'accroissement annuel (2,2%)	Nbre de naissances vivantes / Population totale x 100	0,022	0,022	0,022
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois (4%)	Nombre enfants 0-11 mois / Pop Totale x 100	0,04	0,04	0,04
Effectif enfants de 0 à 11 mois	Population Totale x le % enfants 0-11 mois	241	247	252
Pourcentage enfants de 0 à 59 mois	Nombre enfants 0-59 mois / Pop Totale x 100	0,2	0,2	0,2
Effectif enfants de 0 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 0-59 mois	1 206	1 233	1 260
Pourcentage enfants de 12 à 59 mois	Nombre enfants 12-59 mois / Pop Totale x 100	0,16	0,16	0,16
Effectif enfants de 12 à 59 mois	Population Totale x le % enfants 12-59 mois	965	986	1 008
Pourcentage des FAP	Nombre de Femmes de 15-49 ans / Pop Totale x 100	0,22	0,22	0,22
Nbre de femmes en âge de procréer	Population Totale x le % FAP	1 327	1 356	1 386
Pourcentage des femmes enceintes	Nombre de Femmes enceintes / Pop Totale x 100	0,05	0,05	0,05
Nbre de femmes enceintes attendues	Population Totale x le % FE	302	308	315
B DE RESSOURCES FINANCIERES (PERFORMANCE FINANCIERE)				
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	Bénéfice Brut / Ventas en Médicaments X 100	30,41	16,35	36,81
Bénéfice brut =	Prix de Vente des ME - PA ME Vendus (A - B)	1 298 492	920 331	2 600 747
	Prix de Vente des ME (A)	4 270 620	5 628 020	706446 5
	PA des Médicaments vendus	2 972	4 707 689	

	(B)		128		4463718
2	Ratio d'équilibre des prestations	Chiffre d'Affaire prestations / Total Charges des Prestations	0,552	0,855	0,821
		Chiffre d'Affaire Prestations = Somme des Recettes Prestations	1 343 385	2 042 323	2008029
		Charges prestations= Total dépenses liées aux prestations	2 435 600	2 390 000	2 445 000
3	Taux d'équilibre de la pharmacie	Chiffre d'Affaire en ME / Total Charges de la pharmacie	1,1589	1,0382	1,3647
		CA Médicaments = Total recettes en médicaments	4 270 620	5 628 020	7064465
		Total Charges de la pharmacie	3 685 128	5 420 689	5176718
4	Indicateur de maintien du capital *	Capital de la pharmacie / Dotations totales en Médicaments	1,075	0,986	1,293
	Capital de la pharmacie =	Stock Initial + Créances + Avoir en caisse et banque - Dettes	4 270 620	5 628 020	7064465
	Dotations totales en médicaments =	Dotations Initiales + Dotations complémentaires	3 972 128	5 707 689	5463718
		Dotations complémentaires (achats complémentaire de ME)	2 972 128	4 707 689	4463718
C DE PRODUCTIVITE					
8	Productivité du personnel (annuelle)	Chiffre d'Affaire du Centre / Nombre d'agents	1 095 668	1 438 391	1672082
9	Productivité du personnel (mensuelle)	Chiffre d'Affaire mensuel du Centre / Nombre d'agents	213 287	314 424	322 281
	Productivité annuelle du médecin	Chiffre d'Affaire des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
a	Productivité mensuelle du médecin	Chiffre d'Affaire mensuel des CC / Nombre Médecin	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		CA Du centre = CA Prestations + CA ME+	6 574 005	8 630 343	1003494

Subvention				
	CA Dispensaire (Prestations curatives + soins infirmiers)	2 313	6 390	3 162
	CA des prestations curatives (liées au médecin)	2 313	2 910	3 162
	CA maternité = Ensemble recettes de la maternité	1 341 072	2 035 933	200 867
Productivité Annuelle de la matrone	Chiffre d'affaire de la maternité / Nombre de matrones	1 341 072	2 035 933	200 867
b Productivité mensuelle de la matrone	Chiffre d'affaire mensuelle de la maternité / Nbre de Matr	111 756	169 661	167 072

D D'UTILISATION DES SERVICES

1 0	Taux d'utilisation de la cons curative	Nombre de Consultants / Population totale x 100	35,46	51,73	48,25
		Nombre de consultants	2 139	3 189	3 040
1 1	Taux d'utilisation de la CPN	Nombre de nouvelles CPN / Naissances attendues x 100	98,14	170,97	158,72
		Nbre de nouvelles inscrites en CPN	296	527	500
1 2	Taux d'accouchements assistés	Nombre d'accouch assistés / Naissances attendues x 100	77,92	117,12	116,18
		Nombre de grossesses assistées	235	361	366
1 3	Taux d'utilisation du PEV	Nombre de DTC1 / Population cible x 100	186,92	143,96	213,48
		Nombre enfants vaccinés au DTC1	451	355	538
1 4	Taux de perte en DTC (%)	Nombre de (DTC1 - DTC3) / DTC1 x 100	36,14	-6,76	15,24
		Nombre enfants vaccinés au DTC3	288	379	456
1 5	Taux de couverture en BCG	Nombre doses BCG administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	171,17	152,08	193,64

	Nombre enfants ayant reçu le BCG	413	375	488
1 6	Taux de couverture en VAR Nombre doses VAR administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	104,86	124,90	153,17
	Nombre enfants ayant reçu le VAR	253	308	386
1 7	Taux de couverture en DTC Nombre doses DTC3 administrées / Enfants 0 - 11 mois x 100	119,36	153,70	180,94
	Nombre de FE vaccinés au VAT 1	169	515	519
1 8	Taux de couverture en VAT1 des FE Nombre doses VAT1 administrées /Nbre de FE x 100	56,03	167,08	164,75
	Nombre de FE vaccinées au VAT 2	252	327	330
1 9	Taux de couverture en VAT2 des FE Nombre doses VAT2 administrées /Nbre de FE x 100	83,55	106,09	104,76
1 8	Coût moyen de l'ordonnance CA pharmacie pdt une période / Nbre ordce pdt la période	1 381	1 747	2 261
E DE RESSOURCES HUMAINES				
5	Répartition du personnel par catégorie Effectif total du personnel identifié dans la localité	6	6	6
	Nombre d'agents qualifiés	1	1	1
6	Ratio d'adéquation des ressources humaines Pop totale de la localité/Nbre total d'agents	1 005	1 027	1 050
7	Ratio d'adéquation des ressources qualifiées Pop totale de la localité/Nbre agents qualifiés	6 032	6 165	6 300
	Nombre de Médecins	1	1	1
a	Ratio Médecin par habitants Population totale de la localité/Nombre de Médecins	2 006	2 007	2 008

	Nombre de Techniciens sup de santé		0	0	0
a	Ratio Infirmier par habitants	Population totale de la localité/Nombre d'Infirmiers	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Nbre d'infirmiers auxiliaire (Aide Soignant)		2	2	2
	Ratio Aide soignant / habitants	Population totale de la localité/Nombre AS	3 016	3 082	3 150
	Nombre d'Infirmière Obstétricienne		0	0	0
c	Ratio Inf Obstetricienne / habitant	Population totale de la localité / Nombre d'IO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Nbre de matrones accoucheuses		1	1	1
d	Ratio matrones / habitant	Population totale de la localité / Nombre matrones	6 032	6 165	6 300

* L'indicateur de maintien du capital est donné à titre indicatif car nous n'avons retrouvé le stock initial

des médicaments par année que nous avons fixé aléatoirement à 1000 000 F cfa et nous ne

Ne connaissons pas les liquidités en banques et en caisse par année au moment de l'étude.

Annexe 13 : Chronogramme des activités de l'évaluation du projet de soutien des Cscm des 3 communes rurales (Karakoro, Djelebou, Sahel) du cercle de Kayes

Capacité d'autonomisation de trois centres de santé communautaire de la commune rurale de Djelebou située dans le cercle de Kayes

	Nb de jrs	ANNEE 2009																								ANNEE 2010								
		Août/ Septembre 2009				Octobre						Novembre						Décembre						Janvier										
Date calendaire		28	...	21	31	...	7	8	14	15	21	22	30	1	7	8	14	15	21	22	30	1	7	8	14	15	21	22	31	1	7	8	14	30
Préparation de l'offre technique et financière		■	■	■	■																													
Rencontre avec le prestataire à Saint Denis	3	■	■	■	■																													
Démarrage de la collecte des données sur le terrain	10	■	■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Rédaction du rapport d'évaluation (draft)		■	■	■	■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Présentation du rapport à la commission d'évaluation	2	■	■	■	■																													
Finalisation du rapport avec les recommandations	14	■	■	■	■																	■	■	■	■	■	■	■	■					
Remise du rapport final avec les recommandations		■	■	■	■																													
Diffusion du rapport final aux acteurs concernés		■	■	■	■																													
Animation de la concertation avec les acteurs sur les recommandations de l'évaluation	2	■	■	■	■																													
Validation des recommandations et perspectives	2	■	■	■	■																													
Présentation de l'évaluation à communes concernées en présence de l'équipe de Saint Denis en France	7	■	■	■	■																													
Nombre cumulé de jours ouvrés	40	■	■	■	■																													

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : HAROUNA

Prénom : Abdoul Rachid

Titre : capacité d'autonomisation de trois centres de santé communautaire de la commune rurale de Djelebou située dans le cercle de Kayes.

Année universitaire : 2010 – 2011

Pays : Mali

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

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Santé publique, centre de santé communautaire, recherche.

Résumé :

La coopération décentralisée de la ville de Saint-Denis(France) à initié au Mali un projet de soutien à l'autonomisation des centres de santé communautaires de 3 (trois) communes rurales du cercle de Kayes : Karakoro Djelebou et Sahel pour une période de 2 ans, de 2006 à 2008.

Au terme de 2 ans d'activité, de cette coopération notre étude vise particulièrement à faire l'évaluation du projet, en ce qui concerne l'autonomisation de 3 centres de santé communautaire de la commune rurale de Djelebou.

IL s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée en 80 jours, en deux phases :

- à Saint Denis en France du 12 au 19 novembre 2009,
- à Kayes au Mali du 8 au 18 février 2010.

La phase de saisie et de rédaction du rapport s'est déroulée du 19 février au 22 avril 2010.

L'objectif général est d'évaluer la capacité d'autonomisation de trois centres de santé communautaire (Tichy, Aourou, Serenaty) de la commune rurale de Djelebou située dans le cercle de Kayes.

En matière d'autonomisation nous avons trouvé que dans tous les trios centres de santé communautaire qui font l'objet de notre étude que :

d' une part le coût de l'ordonnance médicale et des prestations était élevé, entraînant ainsi la sous fréquentation de ces centres,

et d'autre part les ressources financières régénérées par ces centres de santé communautaire malgré l'appuis du projet, ne leur permettent pas le recrutement et la prise en charge d'un effectif d'agent assez important.

Cependant parmi les 3 centres étudiés le Cscm de Serenaty à une plus grande chance par rapport aux deux autres de réussir son autonomisation à long terme car ce centre a présenté une productivité financière de plus en plus croissante durant toute la période de l'évaluation.

Mots clefs : Centre de santé communautaire, Capacité, Autonomisation, Djelebou.

Guide d'entretien auprès des informateurs clefs

1. Analyser la pertinence de l'approche du projet à travers :

l'évaluation du bien fondé du projet en rapport avec la politique nationale ,

- la vérification de la pertinence du partenariat,
- le choix des groupes cibles et des zones d'intervention;
- l'analyse du budget disponible (ressources mobilisées) par rapport aux objectifs fixés.
- La mairie de saint Denis peut-elle porter le projet ? (etes-vous vous satisfait
- Comment les populations ont repéré le projet (ont été mises au courant du projet
- Quel est l'ancrage institutionnel pertinent pou le projet ?

2. Analyser la cohérence du projet à travers l'analyse de :

- l'approche stratégique générale du projet,
- la démarche, le nombre et la qualité des formations reçues,
- du système de suivi et évaluation
- l'ancrage du projet aux autres structures de santé du niveau cercle, région
- le poste de coordinateur était-il pertinent pour la gestion du projet
- Quel rapport ya-t-il entre le coordinateur et le médecin-chef de cercle et entre lui et les chefs de centre, les ASACO, les chefs de villages, l'association Gidimaxa Mali ?

3. Analyser les services mis en place dans le cadre du projet et résultats atteints à travers :

- La gamme des activités mises en place et leur niveau d'utilisation par les différents villages de l'aire de santé de chaque CSCOM
- La communication de proximité pour le changement de comportement mise en place pour améliorer la fréquentation des centres à travers l'approche communautaire
- Les formations reçues par les agents de santé des différentes formations sanitaires, les membres des structures de gestion (CG, CA)
- Les activités de suivi –évaluation, leur régularité (nombre de fois par mois, trimestre, année)
- Tenue des séances de restitution des résultats des suivi évaluations (nombre de participants, existence de traces de ses activités sous forme de rapport, compte rendu...)
- Réalisation des supervisions (par qui, nombre, périodicité...)

4. Analyser la gestion du projet et de la mise en oeuvre des activités à travers :

- L'appréciation de l'organisation et la gestion du projet concernant
 - La Gestion globale du programme (efficacité, efficience)
 - La mise en oeuvre de stratégies techniques (activités de prévention, gestion des stocks)
 - Le Renforcement des capacités :
 - Les relations de collaboration entre le partenaire les collectivités et les services techniques au niveau local, régional, national et les relais communautaires.
- L'appréciation de la qualité de l'appui technique (coordinateur du projet, médecin chef de cercle) et opérationnel pour la mise en œuvre des activités de terrain (appréciation des médecins de centre.
- Les missions assignées au coordinateur du projet (les connaissez-vous ?, qui les a défini, qui les contrôle,
- Qui a été impliqué dans le recrutement du coordinateur ?
- Quelle est l'influence des associations impliquées (Gidimaxa Jikke France et Mali, des chefs de villages) par rapport à la population ?
- Quel est le mode de mise en place des ASACO ?
- Comment fonctionnent les ASACO ? quel est leur rôle par rapport à la mobilisation sociale et à la fréquentation des centres
- Quelles sont les raisons de la sous-fréquentation des centres ? (médecine traditionnelle, exercice d'autres professionnels de santé dans la zone)
- Mode de communication et de concertation entre les différentes associations des différents villages et leurs implications respectives dans la gestion des centres de santé

5. Analyser l'efficience du projet: à travers l'appréciation :

- du rapport intrants/extrants produits et l'explication des écarts éventuels
- le système de gestion, de production et de circulation de l'information.

6. Contribuer à l'évaluation de l'impact du projet et à la durabilité/viabilité des interventions du projet à travers:

- l'approche communautaire et la sensibilisation mise en place pour une plus grande implication des villages des aires de santé
- les Outils et méthodes de sensibilisation utilisés (si cela a été réalisé) si oui qui effectue la sensibilisation (relais communautaires, membres des structures de gestion CG, CA)
- l'appropriation du centre par les populations concernées (réalisation des assemblées générales de restitution des résultats d'activité des centres de

santé, fixation des tarifs des actes pratiqués au centre (tarifs des tickets, prix des médicaments)

- Qui sont les personnes impliquées dans la définition des tarifs des actes
- (chefs de villages, représentants de l'association de Gidimaxa Jikké local et de France)
- la coopération entre les différents acteurs impliqués dans le projet (Mairie de commune, Saint Denis, Associations de Gidimaxa Jikké local et de France, les équipes socio-sanitaires de cercle et régional et leurs rôles respectifs dans la mise en œuvre du programme
 - Au niveau Saint Denis,
 - Au niveau régional, cercle, communautés

Le point de vue des acteurs clés sur :

- la mise en place d'un système alternatif de financement de la santé (mutuelle de santé)
- si oui, quel est le mode de paiement souhaité, comment faut-il payer, mode de paiement par personne, par ménage ou famille, quelles sont les services à couvrir par la mutualité (médicaments, actes médicaux...)
- La gestion axée sur les résultats
- A partir de quels résultats faut-t-i payer les médecins
- Quel type d'agents souhaitez-vous (équipe, médecins, infirmiers, sage femme)
- Comment souhaitez-vous les rémunérer

Informateurs (personnes à interviewer)

Les entretiens peuvent être individuels ou de groupe)

- Chefs des différents villages
- Responsables des ASACOs
- Responsables des centres de santé communautaires (chef de centre, sage femme, matrone, gérant de la pharmacie)
- Le médecin chef du CSRéf de kayes
- Le directeur régional de la santé de kayes
- Le directeur régional du développement social et de l'économie solidaire de Kayes
- L'association locale des différents villages
- L'association Gidimaxa jikké Mali
- Le gérant du dépôt répartiteur du cercle de Kayes
- Les patients par rapport à leur niveau de satisfaction par rapport aux services offerts
- Les accoucheuses traditionnelles

Bilan Annuel des Activités

Commune rurale de _____ Cercle Kayes				
CSCOM de _____				
Pop totale de l'aire de santé: Pop Enft < 1 an				
BILAN ANNUEL DES ACTIVITES				
		Avant Projet	Pendant le Projet	
		ANNE 0	ANNEE1	ANNEE2
Dispensaire				
Nouvelles Consultations	Aire			
	Hors aire			
	Réf./Evac.			
	Observations			
Soins Infirmiers	Pansements			
	Injections			
	Perfusions			
Maternité				
CPN	Nouvelles			
	Anciennes			
	CPN Total			
	Indice assiduité			
	Réf./Evac.			
Accouchements	Assistées			

	Totales			
	Réf./Evac.			
SPE	Prévues			
	Réalisées			
PF	Prévues			
	Réalisées			
Petite chirurgie				
	Sutures			
	Abcès			
	Circoncision			
	Lipome			
	Hernie			
	hydrocèle			
Stratégie Avancée	Prévue			
	Réalisée			
		Avant Projet	Pendant le Projet	
		ANNE 0	ANNEE1	ANNNEE2
Vaccination				
Enfants de 0 – 11 mois				
BCG Polio 0	Prévus			
	Réalisés			
DTCP1	Prévus			
	Réalisés			
DTCP3	Prévus			
	Réalisés			
Rouvax	Prévus			

	Réalisés			
Femmes en âge de procréer				
VAT1	Prévus			
	Réalisés			
VAT2	Prévus			
	Réalisés			
Femmes enceintes				
VAT1	Prévus			
	Réalisés			
VAT2	Prévus			
	Réalisés			

Compte de résultats du CSCOM de _____

Commune rurale de _____ Cercle Kayes

CSCOM de _____

VENTILLATION DES RECETTES

		Pendant le Projet		
		Avant Projet		
Rubriques		ANNE 0	ANNEE1	ANNNEE2
Pharmacie				
Vente médicaments	Prévues			
	Réalisées			
Coût moyen de l'ord	Nbre ordce servies			
	Coût moyen/ordce			
Dispensaire				
Consultations	Prévues			
	Réalisées			
petite chirurgie	Prévues			
	Réalisées			
Soins infirmiers	Prévues			
	Réalisées			
observations	Prévues			
	Réalisées			

Maternité				
CPN	Prévues			
	Réalisées			
Accouchements	Prévues			
	Réalisées			
CPoN	Prévues			
	Réalisées			
SPE	Prévues			
	Réalisées			
PF	Prévues			
	Réalisées			
Fiche CPN	Prévues			
	Réalisées			
Fiche SPE	Prévues			
	Réalisées			
Carte vaccination	Réalisées			
		Avant Projet	Pendant le Projet	
Rubriques		ANNE 0	ANNEE1	ANNNEE2
ASACO				
Cartes d'adhésion	prévues			
	vendues			
subventions	Etat			
	Fonds PPTE			
	Mairie de la localité			

	Mairie de Saint Denis			
	Autres Partenaires			

Compte de résultats du CSCOM de _____

		VENTILLATION DES DEPENSES		
		Avant Projet	Pendant le Projet	
Rubriques		ANNE 0	ANNEE1	ANNNEE2
Pharmacie				
Médicaments	Achetés			
	Subv/don			
Achat supports de gestion	Prévus			
	Réalisés			
Frais de vie	Prévus			
	Réalisés			
Transport médicaments	Prévus			
	Réalisés			
Salaire Gérant + Charges Sociales	Prévus			
	Réalisés			
DISPENSAIRE				
Eau+ énergie				
Consommables				
Réparation logistique/locaux				
Communication				
Transport				

Fourniture de bureau					
Entretien du matériels/locaux					
Carburant	Prévu				
	Réalisé				
Salaire + Charges Sociales	Prévu				
	Réalisé				
Intéressement versé au médecin	Prévu				
	Réalisé				
Equipements-Matériels	Prévu				
	Réalisé				
Autres Indemnités					

GESTION ADMINISTRATIVE :ASACO

BILAN DE LA VIE ASSOCIATIVE				
		Avant Projet	Pendant le Projet	
Rubriques		ANNE 0	ANNEE1	ANNNEE2
Nbre de villages visités par l'ASACO	Prévues			
	Réalisées			
Nbre de cartes vendues	Prévues			
	Réalisées			
Réunions du comité de	Prévues			

gestion	Réalisées			
	Prévues			
Réunions du conseil d'administration	Réalisées			
	Prévues			
Assemblées générales	Réalisées			
	Prévues			
Nbre d'Inventaire des médicaments	Réalisées			
	Prévues			
Rythme des versements	Réalisées			
	Prévues			
Budget Prévisionnel	Oui			
	Non			
Principes de bonne gestion	Respects			
	Non-respects			

Fiche de consentement éclairé

Titre : Etude du projet de soutien à l'autonomisation des Centres de Santé Communautaire des communes de Djélibou, Karakoro et Sahel, Cercle de Kayes-Mali.

Chercheur principal : Docteur Akory Ag Iknane, INRSP

Chercheurs associés : Docteur Mamadou Mamby Traoré, Pharmacien, Spécialiste en gestion des services de santé

Docteur Karamoko Nimaga, Président de l'Association des Médecins de Campagne (AMC) du Mali

Docteur Kardigué Camara, Président AMC region de Kayes

Coordinateur : Professeur Sambou Soumaré, Chirurgien

Promoteur : Mairie de Saint-Denis

Site : Cercle de Kayes, Communes rurales de Karakoro, Djélibou, Sahel

Nom de l'enquêteur :

Nom du participant :

Age.....

Village de...

Commune de.....

Numéro d'identification du participant :

--	--	--	--	--	--	--	--

Introduction :

Monsieur ou Madame nous vous demandons de participer à une étude d'évaluation de l'autonomisation du CSCOM de votre village depuis 2007.

Cette étude est faite à la demande de la Mairie de Saint Denis qui aide votre CSCOM pour les soins curatifs et préventifs que le CSCOM réalise en votre faveur.

But :

La Mairie de Saint Denis pense que la viabilité, d'adaptabilité et la réalisation d'un fonctionnement autonome du CSCOM dépend non seulement des prestataires des soins mais aussi des autorités et surtout des populations qui bénéficient de ces soins. Le but de notre étude est de trouver les facteurs qui favorisent ou non à l'autonomisation du CSCOM de votre village.

Procédures :

C'est pour cela que nous voulons vous **interviewer** pour connaître les points faibles et les points forts qui selon votre avis permettraient à votre CSCOM de fonctionner durablement sans aide.

Les questions porteront sur votre situation personnelle et sur les raisons qui font que vous fréquentez ou non le Centre de Santé.

Nous vous demandons aussi de participer à une causerie de groupe qui nous permettrait d'avoir un avis partagé en commun dans votre village.

Si vous le permettez, "ce focus group" sera constitué sans distinction de sexe ni d'âge des résidents du village.

D'autres par nous pouvons être amener à observer l'attitude du personnel de santé au cours de son exercice. Cette observation sera strictement confidentielle.

Nous consulterons aussi les documents relatifs aux activités de votre ASACO et de votre CSCOM.

La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez demander à interrompre votre participation à tout moment, sans aucune justification de votre part. Nous vous

garantissons que votre refus ou l'arrêt de votre participation ne pourra en aucun cas, influencer sur les prestations que vous serez amené à recevoir ou que vous recevez dans le Centre de Santé de votre village.

Risques potentiels:

Il n'y a pas de risque à répondre aux questions qui vous seront posées par l'**enquêteur**. **Nous garantissons l'anonymat de vos réponses**. Votre identification ne pourra être établie que par celui qui vous a interviewé et il ne pourra le transmettre qu'à l'investigateur qui le supervise.

Durée de l'étude :

L'étude durera environ 4 semaines.

L'interviewe ne dépassera **pas** les 30 minutes, vous ne recevrez aucune récompense personnelle pour cette interview.

Bénéficiaires :

Vous ne recevrez aucune récompense pour cette interview.

L'étude du projet de soutien à l'autonomisation de votre Centre de Santé du village pourra se renforcer grâce aux réponses que vous nous donnerez. Aussi vous pourrez, vous et les villageois dépendant du CSCOM recevoir des soins en permanence sur une longue durée.

A la fin de notre étude vous serez informés de nos résultats et des suggestions que nous ferons aux autorités coutumières, administratives et sanitaires.

Personnes contact :

Si vous avez des réclamations vous pourrez adresser au Professeur Sambou Soumaré (AMSCID) Tél : 20 20 65 58 ou au Professeur Bocar Sall (CNESS) Tél : 20 23 95 62.

Si vous avez bien compris le contenu de cette information et que vous désirez participer à cette étude nous vous demandons de signer cette fiche de consentement ou d'y apposer votre empreinte digitale.

Nom et signature
de l'**enquêteur**

Nom et signature
du participant (ou empreinte digitale)

Date

