

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T.B

FACULTE DE PHARMACIE



Année Universitaire 2017 – 2018

N°...../

TITRE

**ETUDE DES PRATIQUES DE GESTION DES
RESSOURCES HUMAINES AU NIVEAU DES CENTRES
DE SANTE COMMUNAUTAIRE(CSCOM) : CAS DES
CSCOM DE LA VILLE DE KATI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 /07 /2018

Devant la Faculté de Pharmacie

Par M. Alassane KONE

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Pharmacie

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Elimane MARIKO

**Membres : Dr Sylvestre TRAORE
Dr Ismael SIMAGA**

Co-directeur: Dr Issa COULIBALY

Directeur : Pr Saibou MAÏGA

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS ENSEIGNANT A LA
FACULTÉ DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

ADMINISTRATION

DOYEN : M. Boubacar TRAORE, Professeur

VICE-DOYEN : M. Ababacar MAIGA, Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

AGENT COMPTABLE : M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Boubacar	Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie, Virologie
M. Kaourou	GOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	
Biologie/Parasitologie		
M. Alassane	DICKO	Santé
Publique		
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-
Mycologie		

M. Ousmane KOITA Biologie-
Moléculaire

M. Boubacar TRAORE
Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M. Flabou BOUGOUDOGO Bactériologie-
Virologie

M. Mahamadou DIAKITE Immunologie-
Généraliste

M. Abdoulaye DJIMDE Parasitologie-
Mycologie

M. Akory Ag IKNANE Santé
Publique/Nutrition

M. Bourèma KOURIBA Immunologie, Chef de
DER

M. Ousmane TOURE Santé Publique/ Santé environnement

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M.Mohamed AG BARAIKA Bactériologie-
virologie

M. Charles ARAMA Immunologie

M.Boubacar Tiétié BISSAN Biologie
clinique

M.Seydou Sassou COULIBALY Biochimie clinique

Mme.Djénèba Koumba DIABITAO Biologie moléculaire

M.Laurent DEMBELE Biotechnologie
microbienne

M.Klétigui Kasimir DEMBELE Biochimie clinique

M. Seydina S. A. DIAKITE Immunologie

M.Yaya GOÏTA Biochimie clinique

M. Aldjouma GUINDO Hématologie

M. Ibrahima GUINDO Bactériologie
Virologie

M. Kassoum statistiques	KAYENTAO	Santé Publique/ Bio
Mme.Aminatou	KONE	Biologie Moléculaire
M.Birama Apho	LY	Santé publique
M.Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
M. Issaka statistiques	SAGARA	Santé Publique/ Bio
M.Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
M. Fanta	SANGHO	Santé publique
M. Mahamadou S.	SISSOKO	Santé Publique/ Biostatistiques

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Djeneba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Souleymane entomologie med	DAMA	Parasitologie
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou Lamine végétale	DIARRA	Botanique –Biologie
Mme. Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye environnement	KEÏTA	Santé publique/Santé
Mme. N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
M.Yacouba	MAÏGA	Bio Statistique
M. Amadou Birama Mycologie	NIANGALY	Parasitologie-
M. Oumar	SANGHO	Epidémiologie
M. Diakaridja	TRAORE	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
-----------	--------	----------------

M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme.Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

Néant

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Loséni hospitalière	BENGALY	Pharmacie
M. Bakary M.	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa	COULIBALY	Gestion
Mme Balla F. Hospitalière	COULIBALY	Pharmacie
M.Hama Boubacar	MAÏGA	Galénique
M.Moussa	SANOGO	Gestion
Mme.Adariatou	TOGOLA	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou L	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Antoine	DARA	Sciences Pharmaceutiques
M. Daouda L.	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme Assitan	KALOGA	Législation
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme Aïchata B. A.	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme Aminata T.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit S.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Benoit	Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M Sékou	BAH	Pharmacologie, Chef de DER
---------	-----	-------------------------------

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE

M. Dominique P.	ARAMA	Pharmacie Clinique
M. Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie
M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme Dalaye B.	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie Bromatologie
M. Aiguerou dit A.	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed E. B.	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique
M. Hamadou A.	TOURE	Bromatologie

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

M. Moctar	DIALLO	Biologie / Chef de DER
-----------	--------	---------------------------

M. Cheick F TRAORE Biologie/
Entomologie

M.Mamadou TRAORE Génétique

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE

M.Lassana DOUMBIA Chimie
appliquée

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

M. Abdoulaye KANTE Anatomie

M. Boureima KELLY Physiologie
Médicale

4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE

M. Seydou SIMBO DIAKITE Chimie
Organique

M. Modibo DIALLO Galénique

M.Moussa KONE Chimie
organique

M. Massiriba KONE Biologie
Entomologie

CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

M. Cheick O. BAGAYOKO Informatique

M. Babou BA Anatomie

M. Adourahamane COULIBALY Anthropologie
Médicale

M. Souleymane COULIBALY Psychologie de
la Santé

M. Bouba DIARRA Bactériologie

M. Modibo DIARRA Nutrition

M. Moussa I DIARRA Biophysique

M. Babacar DIOP Chimie

M. Atimé DJIMDE Bromatologie

M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubakary	MAÏGA	Chimie organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi B.	SISSOKO	Histologie- Embryologie
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Maths
M. Abdel K.	TRAORE	Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

DÉDICACES

DEDICACE

❖ AU NOM D'ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE CLEMENT ET MISERICORDIEUX

Je dédie ce présent travail

A ALLAH, le tout puissant et tout miséricordieux ! Gloire à toi ! Toi qui m'as permis de vivre ce moment précieux de ma vie. Je t'en rends grâce. Que nos pas soient guidés dans ta miséricorde et dans ta lumière.

Au Prophète Mohamed, que la paix et la bénédiction soient sur lui et sur toute sa famille ; sur ses compagnons le salut

❖ A mon cher père : Seydou Koné

La sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, l'écoute, la compréhension, le respect sont certains de tes valeurs.

Aucune expression orale ou écrite ne déterminera notre niveau de reconnaissance en ton endroit pour notre bonne éducation qui est le meilleur des héritages pour un enfant.

❖ A ma chère mère : Bintou Doumbia

En plus d'être ma mère, tu es pour moi une confidente ; tu m'as consolé, rassuré quand je traversais encore ces moments difficiles. Tu m'as comblé d'amour ; Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter autant d'amour ? Que Dieu te donne longue vie.

❖ A la famille feu Lassine Koné

Vous m'avez éduqué et entretenu. Ainsi j'ai appris de vous l'honneur, la dignité, la modestie, la générosité, et surtout l'amour du prochain. En m'inclinant devant vous en signe de reconnaissance, dévouement et entière soumission. Puisse ce modeste travail, fruit de votre engagement me rend digne de vous et Dieu le tout puissant vous accueille dans son paradis.

❖ A mon frère jumeau : Alfousseni Koné

Je remercie le bon dieu de me donner un frère si sage et compréhensible, mon compagnon de tout le temps. Tu as toujours été là, Ce travail est le vôtre.

❖ A mes frères et mes sœurs Mariam, Horokiatou, Adama, Safiatou, Alima, Zan, Aichata

Compréhension, disponibilité, affection, soutien ne m'ont jamais fait défaut de votre part. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous en remercier. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

❖ **A la famille FEU BOUBACAR SOUNTOURA :**

Vous nous avez adoptés depuis le premier jour de notre rencontre. Vos conseils et soutiens affectifs ont été d'une importance capitale pour moi. Les moments agréables passés en famille surtout pendant les fêtes resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci pour tout. Que ton âme se repose en paix.

REMERCIEMENTS

❖ **A tous mes Amis(e) : Sidi moctar Haidara, Ibrahim Khassé Sylla, Kalifa Koné, Mohamed Kah, Oumar kaba Diakité, Alou Coulibaly**

Mohamed Diallo Alhassane mariko. Je vous dis grand merci pour votre accompagnement et soutien.

❖ **Aux Docteur Diallo Seynabou, Docteur Coulibaly Mamadou :** Merci pour vos conseils et encouragements vous avez été plus qu'un parent le mot me manque pour vous remercier.

❖ **Aux camarades internes : Hamadou Traore, Djaradian Konate, Yamadou Kanoute, Aliou Yeli Dramé, Mahady Sissoko merci pour votre soutien physique et moral**

❖ **A tous les personnels de la pharmacie place kati, pharmacie koumba ACI bocoum.**

❖ **A toute la 9^e promotion du Numerus clausus <<Promotion du Pr. N'golo Diarra>>**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur ELIMANE MARIKO

- ❖ **Professeur de pharmacologie à la FMOS et FAPH ;**
- ❖ **Colonel-major des forces armées au Mali / à la retraite.**

Cher maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sens aigu du devoir d'assurer une formation de qualité à vos étudiants, votre simplicité et votre disponibilité sont des valeurs qui font de vous un grand homme de science apprécié de tous.

Au moment de juger ce travail, recevez cher maître notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse

A NOTRE MAITRE JUGE

Docteur Silvestre traore

- ❖ **Assistant chercheur en gestion pharmaceutique**
- ❖ **Pharmacien titulaire de la pharmacie du ccref de kati**

Cher maître,

Votre assiduité dans le travail, votre grande ouverture et vos conseils nous ont très favorablement marqués. Permettez-moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

A NOTRE MAITRE JUGE

Docteur simaga ismaila

❖ Médecin-chef du cceref de kati

Cher maître,

Votre dévouement votre modestie et votre sens bien aigüe du travail bien fait font de vous un exemple à suivre, recevez cher maître notre sincère reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Issa Coulibaly

- ❖ **Enseignant chercheur**
- ❖ **Maître - Assistant en Gestion à la FMOS et FAPH**
- ❖ **Directeur des concours et examens à la faculté FMOS et FAPH**

Cher maître,

En acceptant de codiriger cette thèse, fut pour moi un grand honneur et même une fierté. Tout au long de ce travail, nous n'avons pas manqué d'appréhender et d'admirer votre sens du travail bien accompli. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur SAÏBOU MAÏGA

- ❖ **Professeur titulaire en législation à la Faculté de Pharmacie ;**
- ❖ **Membre du comité d'éthique à la FMOS et à la FAPH ;**
- ❖ **Membre du comité national de la pharmacovigilance ;**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite ;**
- ❖ **Pharmacien titulaire de l'officine du Point G.**

Cher maître,

Ce fut pour nous une immense joie de vous avoir comme Directeur de ce travail.

Votre disponibilité et votre franchise font de vous un encadreur admirable.

Bien plus fulminante, vous êtes pour nous un exemple à suivre.

Par votre fonction de pharmacien officinal vous êtes reconnus pour votre générosité et

Votre bonté vis-à-vis de vos clients.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASACO : Association de Santé Communautaire.

ASACOBA : Association de Santé Communautaire de Banconi.

CMDT : Compagnie Malienne de Développement et de Texture

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSREF : Centre de Santé de Référence.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DRH : Directeur de Ressource Humaine.

GRH : Gestion des Ressources Humaines.

IB : Initiative de BAMA KO.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PMA : Paquet Minimum d'Activité.

PSPHR : Programme Santé de Population Hydraulique des Populations Normales.

RH : Ressource Humaine.

SSP : Soins de Santé Primaire.

SPS : Service Public de Santé.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Objectif.....	3
Généralité.....	5
Méthodologie.....	29
Type d'étude et période d'étude.....	30
Lieu d'étude.....	30
Population d'étude.....	30
1. Critère d'inclusion.....	30
2. Critère d'exclusion.....	30
Echantillonnage.....	30
Outil des collectes des données.....	30
Variables étudiées.....	30
Traitement et analyse des données.....	31
Résultats.....	32
Commentaire et discussion.....	52
Conclusion et recommandation.....	55
Références.....	58
Annexes.....	61

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

Selon l'OMS la gestion des personnels de santé est « *l'ensemble des activités qui mobilisent et motivent les individus, qui leur permettent de se développer et de réaliser tout leur potentiel dans et par le travail en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires* » [1]. Cette définition reconnaît que les agents de santé ne sont pas des simples facteurs de production mais des êtres humains qui sentent et qui pensent, et qui veulent tirer une certaine satisfaction, une gratification de leur travail.

En 1980, les pays occidentaux ont contraint leurs établissements de santé publique à contenir leurs dépenses en personnel. En conséquence, ils ont introduit des pratiques de Gestion des Ressources Humaines (GRH) centrées sur l'individu [2].

En Afrique plus particulièrement au Bénin, une étude menée en 2008 au sein d'une clinique privée sur les pratiques de GRH a permis d'engager une réflexion et des débats reposant sur l'observation de pratiques concrètes. Les résultats offrent la possibilité de mettre en évidence des spécificités de la GRH dans le secteur de la santé et d'identifier des dysfonctionnements racines perturbant la gestion et la qualité de la GRH (absentéisme, accidents du travail, pertes de temps, défauts de qualité et faible productivité du travail) [1]. Ils sont parvenus à comprendre qu'un management informel des hommes et de l'organisation ne permettait pas un développement plus rapide de la performance économique.

La performance des services de soin est déterminée par une logique quantitative d'extension de l'équipement et de personnel, la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins est spécifique compte tenu de l'existence de professionnels à haut niveau de compétence et d'autonomie et de la grande hétérogénéité des pratiques professionnelles, les services gestionnaires des ressources humaines ont un rôle majeur à jouer dans la création et l'administration de sens.

Les services des soins se plaignent de leur condition de travail, de ne pas être écouté, reconnus. Le mode de gestion bureaucratique est caractérisé par une hiérarchie très forte, une division de travail administratif encore très marqué avec des règles écrites et figées laissant peu de place à l'initiative et à l'effort créatif, la crise des personnels est la crise qui gagne progressivement l'ensemble des acteurs [20].

Au Mali, en 1990 le Gouvernement de la République du Mali a adopté une politique sectorielle de santé et de population dont l'objectif essentiel est l'extension de la couverture sanitaire du pays. Conformément à cette politique sectorielle, les populations peuvent s'organiser en

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati

Associations de Santé Communautaire (ASACO) et participent à la mise en place des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) dont elles assurent la gestion [3]. Le développement et la réussite des CSCOM dépendent en grande partie d'une bonne pratique de GRH menée par l'ASACO (recrutement, rémunération, formation, évaluation...). Une étude menée au Mali en 2013 a montré que 65% de la masse salariale des CSCOM étaient prise en charge par L'ASACO [5]. Et 90,5% des personnels ont montré que le salaire est le principal facteur de motivation des personnels [19]. Bien gérer le personnel devient un enjeu tellement important qu'il fait partie intégrante des grandes orientations stratégiques des entreprises. Cependant au Mali, les CSCOM sont de plus en plus confrontés à beaucoup de problèmes : le manque de moyens financiers et humains, le manque de motivation, le détournement de fonds, la perte du médicament et ou de l'argent. Cette situation précaire avait un effet négatif sur la fréquentation des CSCOM, et une mauvaise qualité des soins [15].

De nos jours peu d'études ont été menées sur l'aspect de la gestion des ressources humaines au Mali. C'est ainsi que la présente étude se propose d'apporter un éclairage sur les pratiques de GRH dans les CSCOM urbain du district sanitaire de Kati.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS:

2.1 Objectif Général

- Etudier les déterminants de la gestion des ressources humaines dans les centres de santé communautaire de Kati.

2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier le mode de recrutement du personnel des CSCOM ;
- Décrire la politique de formation continue du personnel ;
- Décrire le mode de rémunération du personnel des CSCOM
- Déterminer le mode d'évaluation du personnel des CSCOM ;

GENERALITES

3. GENERALITES :

3.1. Système de santé au Mali :

3.1.1. La Politique sectorielle de santé au Mali [6] :

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le second niveau est le centre de santé de référence (CSREF), le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. La gestion de ces centres est assurée par des Associations de Santé Communautaire (ASACO) et plus précisément par l'organe de gestion qui est le comité de gestion. La mise en œuvre de la décentralisation partir de 1994 a mis souvent en cause la carte sanitaire élaborée et crée des problèmes qui interpellent les populations, les élus et les techniciens de santé.

3.1.2. Initiative de Bamako(IB) [4] :

Pour redynamiser les services de soins de santé primaires, une nouvelle stratégie a été adoptée lors de la 37^{ème} réunion régionale de l'O.M.S par les ministres africains réunis à Bamako.

Cette stratégie qui vise à revitaliser les Soins de Santé Primaires à assise communautaire est connue sous le nom de l'Initiative de Bamako. C'est une résolution prise par le comité régional de l'O.M.S pour l'Afrique à Bamako, en septembre 1987 à la demande de l'O.M.S qui vise à contribuer à l'accélération de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts en accordant la priorité aux femmes et aux enfants.

Elle se fonde sur le concept que les collectivités locales participent au financement et à la gestion des SSP, dont le fonctionnement est assuré en partie grâce aux revenus générés par le paiement des soins médicaux et spécifiquement les médicaments génériques.

L'Initiative de Bamako représente donc un défi lancé aux gouvernements africains en vue de mettre en place un système permanent et autonome d'approvisionnement en médicaments essentiels de base et un réseau de soins de santé primaires de qualité à la portée de tous. Malgré le défi que doit relever l'Initiative de Bamako au niveau des politiques et infrastructures, la plupart des pays africains constatent que son concept constitue une stratégie unique pour atteindre des objectifs de la « Santé pour tous ». Dix ans après la conférence d'Alma Ata de 1978, il a été affirmé que « L'Afrique est resté le seul continent où le nombre absolu de décès des enfants de moins de 5 ans s'accroît toujours depuis 1980 et atteint, voire dépasse, quatre millions par an ».

Durant cette dernière décennie, dans la plupart des pays africains, la détérioration des conditions socio-économiques s'est accompagnée d'une dégradation des conditions de santé des femmes et des enfants avec une augmentation de la malnutrition et des maladies transmissibles. Les insuffisances et les lacunes constatées, l'organisation et le fonctionnement des systèmes sur les Soins de Santé Primaires (SSP) ont eu comme principales conséquences :

- ✓ Le manque chronique de médicaments et autres produits essentiels, même ceux qui sont de première nécessité dans les formations sanitaires publiques ;
- ✓ La non-satisfaction de la demande pressante et énorme des populations en soins curatifs et l'insuffisance de la couverture des besoins en soins préventifs identifiés ;
- ✓ la baisse de la crédibilité des structures publiques en soins dont le rôle d'éducation et de conseil en matière de santé perd sa portée ;
- ✓ Le personnel est peu motivé ;

C'est dans ce contexte presque le même dans les autres pays de la sous-région Région, de l'Afrique en général, qu'il a été lancé à Bamako la stratégie de renforcement de La mise en œuvre des SSP dite Initiative de Bamako (IB).

3.1.2.1. But de L'IB [4]

Le but de l'IB est d'assurer l'accès de tous aux soins de santé primaires (SSP), en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. En tant que bonne stratégie, elle vise à mobiliser les ressources nécessaires au renforcement et à l'élargissement du réseau des SSP à assise communautaire, grâce à un recouvrement du coût des médicaments et fournitures essentielles par les utilisateurs des services de santé.

Elle est centrée sur le médicament essentiel générique (MEG).

3.1.2.2. Objectifs de l'IB [4]

L'objectif général est l'accessibilité financière et géographique aux soins et des MEG.

Les objectifs spécifiques de l'IB peuvent être résumés comme suit :

- ✓ Minimiser par tous les moyens possibles le coût des médicaments de première nécessité pour accroître leur accès aux plus démunis ;
- ✓ Assurer, par le renforcement du processus gestionnaire du système de santé, la disponibilité en permanence de ces médicaments essentiels au niveau de toutes les formations sanitaires ;
- ✓ Etablir, avec l'entière participation responsable des populations bénéficiaires organisées en comité de santé, un système de recouvrement des coûts de médicaments essentiels pour assurer le renouvellement des stocks initiaux mis en place par l'Etat ou autres volontés ;

- ✓ Maintenir la participation symbolique déjà requise des populations à l'effort de santé, pour financer d'autres types d'intervention de SSP à assise communautaire ;
- ✓ Assurer la couverture sanitaire des populations en soins de santé de base en réutilisant les bénéfices tirés des ventes pour augmenter les stocks de médicaments essentiels en quantité et en qualité.

3.1.2.3. Les principes de l'IB [4]

L'Initiative de Bamako répond aux principes généraux suivants :

- ✓ Un engagement national en faveur d'une accélération de l'accessibilité aux SSP pour tous
- ✓ Une politique concernant les médicaments essentiels, axée sur une utilisation rationnelle des médicaments et qui soit compatible avec le développement national des SSP et qui le complète ;
- ✓ Un financement communautaire des services de soins de santé, ordinairement sous forme de consultations et de traitements payant ;
- ✓ Un large soutien financier du gouvernement en faveur des soins de santé primaires (SSP). Le budget de la santé, en ce concerne l'aide aux services locaux des districts, doit être maintenu à son niveau actuel ou augmenté ;
- ✓ Une gestion et une décentralisation des ressources communautaires de sorte que les recettes à l'échelon local demeurent sous le contrôle communautaire, au lieu d'être versées au trésor public ou au Ministère de la santé;
- ✓ Une décentralisation au niveau du district des prises de décisions du ministère de la Santé Publique concernant la gestion des SSP;
- ✓ Des mesures garantissant que les personnes démunies puissent recourir aux SSP et en bénéficier par d'autres moyens selon des critères établis en collaboration avec les communautés;
- ✓ Des objectifs intermédiaires devront être clairement définis et il faudra convenir des indicateurs pour les mesures.

3.2. Définition des termes :

3.2.1 Centre de santé communautaire (CSCOM) :

Selon l'article 3 de l'arrêté ministériel N94/MSSPA-MATS-MP du 21 Aout 1994, au Mali le CSCOM (centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1^{er} niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente ses problèmes de santé. En outre, les CSCOM constituent des pièces maitresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d'avant - garde du processus qui visent l'organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisés, avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et des autres partenaires.

3.2.2. Association de santé communautaire(ASACO) :

L'association de santé communautaire (ASACO) est un regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leurs moyens financiers, pour parvenir à un même but à savoir l'amélioration de l'offre des soins de qualité dans leur aire de santé. C'est aussi un groupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé " Centre de santé communautaire" (Loi N° 02-049 du 22 juillet 2002), portant loi d'orientation sur la santé. L'ASACO doit avoir : un nom, une adresse, un objet et des représentants ou membres. Elle doit rédiger ses statuts et son règlement intérieur. Pendant la phase de préparation et de rédaction de ces documents, les populations peuvent se faire aider par l'équipe Socio- Sanitaire du district [8].

Missions des CSCOM [6].

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'activités savoir :

- Gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- Fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- Développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familiale / Vaccination, Education pour la Santé) ;
- Initier et développer des activistes promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ;

- Promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

3.3. Historique et évolution des CSCOM [7] :

En 1964, le Mali a opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, le 1^{er} plan décennal des services de santé était en application il se donnait comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, hygiène et les soins curatifs essentiels.

En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées : l'opération Mali Sud compagnie malienne de développement et de texture (CMDT), le projet Santé Rurale de Koro, Yelimané, Mopti, etc. Toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient une équipe dans le contexte d'un système de santé conçu comme une pyramide. Une dimension additive permettait en 1987 de combler une lacune des soins de santé primaires ; c'est celle de l'accessibilité aux médicaments essentiels. Elle fut introduite par James Grant, Directeur exécutif de l'UNICEF, sous le concept d'initiative de Bamako (I.B.).

En somme, avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration des services basés sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé. Cette stratégie n'a malheureusement pas permis d'atteindre les objectifs escomptés cause de l'insuffisance des moyens financiers et la centralisation de la conception des programmes. La situation sanitaire ne s'était par conséquent pas améliorée.

Vers la fin des années 1980, l'une des questions l'ordre du jour était le chômage des jeunes médecins. Cette réalité a fait germer de nouvelles idées sur le terrain des expériences accumulées. Ainsi on abordait le problème d'une offre de soins de qualité par l'emploi des jeunes médecins au niveau les plus périphériques. A cela, il faut ajouter la volonté des communautés de se structurer en des associations qui prennent en charge la gestion de leurs problèmes de santé. Elles étaient confrontées déjà de grandes difficultés sur le plan sanitaire. Parmi celles-ci, il est noté la disponibilité de médicaments essentiels, l'insuffisance des structures publiques, etc. La recherche de solutions ces difficultés est l'origine du mouvement de santé communautaire dont le pionnier demeure l'ASACOBA (Association de Santé Communautaire de Banconi) créé en 1989.

Il faut en outre rappeler que c'est suite à la 37^{ème} réunion régionale de l'OMS tenue Bamako en 1987, qu'une redynamisation des SSP fut adoptée et mise en application à travers le renforcement de la participation des communautés. Cette redynamisation reposait sur les piliers suivants :

- les services de soins primaires ;
- une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- un système de gestion de service de santé impliquant la participation des collectivités locales.

Apparu comme phénomène urbain, le mouvement de création des CSCOM va progressivement s'étendre au monde rural grâce à un foisonnement sans précédent d'initiatives locales. L'accroissement du nombre de ces structures passées dans l'intervalle d'une décennie de 10 en 1993 à 123 en 1996, puis 285 en 1999, illustre s'il est encore besoin de l'ampleur du phénomène. Ce système de santé connu un engouement si important au sein des populations que l'Etat était obligé de les considérer partir à de 1991 comme un élément moteur de sa nouvelle politique de santé. A la suite de cette reconnaissance officielle, une structure d'envergure fut mise en place pour exécuter et coordonner au niveau national le Programme Santé Population et l'Hydraulique des Populations Rurales (PSPHR). Cela fut rendu possible avec l'aide des partenaires au développement (USAID, Banque Mondiale). Ce système visait principalement à réduire la mortalité infantile et maternelle [6].

Le PSPHR, pour atteindre ses objectifs a soutenu la création de nouveaux CSCOM à travers des contributions financières, la construction ou la rénovation de locaux de centre d'alphabétisation, la mise leur disposition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) (avec médicaments essentiels En Dénomination Commune Internationale (DCI) et matériels). Il encouragea aussi l'autonomie de gestion de ces centres et la prise en charge de leur cout de fonctionnement par les populations, grâce la généralisation du système de tarification des prestations des services.

3.4 Le Fonctionnement des CSCOM

3.4.1. L'accueil et l'orientation du client [14]

Comme on le remarque, quand un patient vient dans un CSCOM, le gérant est souvent la première personne à qui il s'adresse. La première impression est donc capitale. Correctement accueilli, informé et orienté, le patient sera dans toutes les dispositions pour mieux se soigner et faire la bonne publicité du CSCOM à l'extérieur. Par contre une fois mal accueilli, il entraînera dans sa fuite beaucoup d'autres patients. Pour ainsi améliorer l'information et faciliter le travail du gérant, il est conseillé d'installer un panneau d'affichage indiquant : les tarifs des prestations, les conditions pour devenir adhérent et les avantages et les lieux des ventes des cartes de membre. En outre le gérant doit aimablement indiquer au patient le circuit à faire dans le CSCOM. Ce circuit est le suivant : Dépôt (vente ticket) poste de consultation dépôt (vente de médicaments).

3.4.2. La carte de membre

L'adhésion à une ASACO se fait sur la base de la carte de membre, dont le prix est fixé par l'assemblée générale de l'ASACO. Il varie selon les ASACO. La carte peut être individuelle ou familiale, et porte le nom du chef de famille ainsi que ceux de ses ayants droits. Ce sont les membres du comité de gestion qui sont chargés de vendre les cartes, et de tenir le registre des membres. Généralement, la plupart des malades se rendent directement au centre ; il est préférable de laisser un stock de carte auprès du gérant. Pour une meilleure gestion, les cartes doivent être numérotées et inscrites dans un "registre des membres". La validité de la carte de membre est fixée par l'ASACO, elle est le plus souvent d'un an.

Le gérant doit demander à tout patient qui se présente pour la première fois au centre, s'il détient une carte d'adhérent ou non ? S'il n'a pas de carte, il doit immédiatement lui en proposer une en lui indiquant le prix et les avantages à savoir : l'obtention de tarifs préférentiels sur les prestations offertes pour lui et ses ayants droits ; la possibilité de voter pour le renouvellement du conseil d'administration ; la possibilité de se présenter au conseil d'administration. Pour celui qui possède la carte, il doit la présenter à chaque fois qu'il vient au CSCOM.

3.4.3. Les tickets

Pour bénéficier d'une prestation fournie par le CSCOM, le patient est tenu d'avoir un ticket dont le tarif varie selon que l'on est adhérent ou non. Dans les deux cas, le tarif est fixé en assemblée générale de l'ASACO sur proposition du conseil d'administration.

Ainsi, le gérant avant de délivrer un ticket doit demander au patient sa carte de membre. A ce niveau, il peut encore profiter de l'occasion pour informer le patient non adhérent des avantages que procure la carte. Le gérant en délivrant le ticket au patient, doit inscrire sur le ticket et la souche : la date, le nom du patient, et sa signature. Le ticket de consultation peut avoir une durée de plusieurs jours. Les souches des tickets doivent être conservées soigneusement.

3.4.4. Le Profil de l'équipe du CSCOM

L'équipe de santé minimale d'un CSCOM se compose de :

- Un chef de CSCOM ou directeur technique qui doit avoir le niveau minimum d'un technicien de santé.
- Un gérant dont le niveau minimum doit être celui du certificat d'aptitude professionnel (CAP) en comptabilité de préférence.
- Un responsable de la maternité dont le niveau minimum doit être celui d'une infirmière obstétricienne.

3.4.5. La Répartition des tâches au niveau du CSCOM

Il faut rappeler que le CSCOM est une structure sanitaire de premier niveau qui offre un paquet minimum d'activités (PMA). Le PMA comprend des activités curatives (diagnostic et traitement, référence des cas, observation des urgences), des activités préventives et promotionnelles (PEV, CPN, accouchement, consultations post-natales, CCC (communication pour le changement de comportement), distribution gratuite des moustiquaires imprégnées, surveillance préventive des enfants, planning familial ...).

3.5. La gestion d'un CSCOM

3.5.1. Les grands principes de gestion

- **La transparence** : la situation comptable produite doit refléter la situation réelle du CSCOM. On ne doit rien cacher, rien omettre, rien transformer. Toutes les sorties doivent être justifiées sur une pièce comptable (sortie d'argent, de médicaments, de matériels ou autres). Toutes les recettes doivent être enregistrées sur la base d'une pièce comptable. Toutes les pièces justificatives (comptables) doivent être conservées soigneusement, archivées et disponibles.
- **Le maintien en capital** : le capital se compose de tout ce que possède le centre (richesse du centre), c'est à-dire : le stock de médicaments et les supports de gestion, les disponibilités financières (argent disponible en banque et/ou en caisse), les immobilisations et le matériel, les dotations aux amortissements, les créances.

NB : il faut soustraire les dettes du total des éléments ci-dessus cités pour avoir le capital net.

- **Le principe de la séparation des comptes** : ce principe consiste à séparer les recettes provenant de la tarification des actes, des recettes provenant de la vente des médicaments. Ces deux types de recettes doivent faire l'objet d'enregistrement dans deux comptes séparés. On utilisera les recettes de la vente des médicaments uniquement pour les dépenses liées au médicament : achat de médicaments, salaires du gérant, dépenses de fonctionnement du dépôt. De même, les recettes de la tarification couvriront les dépenses du dispensaire et de la maternité : salaires et accessoires, dépenses de fonctionnement. Les autres recettes du CSCOM (vente des cartes de membre, legs et dons ...) doivent être comptabilisées dans le compte de la tarification. Les ressources du CSCOM ne doivent servir qu'à financer les activités de santé (cf. article 6 décrets 02-314 / P-RM du 04 juin 2002).

NB : le compte médicament, peut apporter un appui au fonctionnement sur une partie de L'excédent annuel du dépôt à condition que :

- Il y ait un bilan excédentaire ;
- La décision soit prise par le conseil d'administration ;

3.5.2 Les types de contrôle

Les conditions favorables au contrôle sont :

- Une organisation rigoureuse et systématique, c'est-à-dire : une définition claire des tâches de chacun, une définition des prérogatives et des responsabilités, une bonne circulation de l'information.
- Un personnel compétent et disponible.
- Des supports de gestion pertinents et tenus correctement.

3.5.3 Le contrôle interne

Il consiste à vérifier la moralité des dépenses, le respect de normes et procédures de gestion du CSCOM et doit être effectué par le commissaire aux comptes. On a :

- **le contrôle des enregistrements comptables**

Il a triplé objectifs :

- ✓ S'assurer que toutes les opérations ont fait l'objet d'un enregistrement comptable et que rien n'a été oublié (contrôle d'"exhaustivité") ;
 - ✓ S'assurer que tous les enregistrements comptables correspondent à une opération réelle, pièce justificative à l'appui, qui provient bien de l'activité du CSCOM (contrôle de "réalité") ;
 - ✓ S'assurer que les montants comptabilisés ne sont pas erronés (contrôle d'"exactitude"),
- **le contrôle du personnel** : il porte entre autres sur les éléments suivants : la ponctualité, l'assiduité, le rendement, et le système de notation.

3.5.4 Le contrôle externe

Il est toujours nécessaire pour valider les comptes de l'année, et est complémentaire du contrôle interne. Il consiste à vérifier la régularité et la conformité des résultats de l'exercice de l'année du CSCOM par rapport aux normes et procédures établies. Il est effectué par une structure ou une personne externe entre autres : le Maire de la commune ; la FELASCOM ; le représentant de l'état ; le CSREF ; la direction régionale de la santé ; l'inspection de la santé etc.

3.5.5. La répartition des rôles

3.5.5.1. La présentation

Comme toute autre organisation, le CSCOM ne peut fonctionner efficacement que si les trois niveaux (décision, action et contrôle) sont bien structurés et s'articulent correctement. Il faut considérer la répartition des tâches selon ces trois niveaux.

3.5.5.2. La répartition des tâches de la gestion du CSCOM

Il ne s'agit ici que d'une proposition cohérente de répartition des tâches.

Il incombe ensuite à chaque centre d'y apporter les modifications nécessaires pour respecter ses particularités.

3.5.5.3. La Description des postes

La description des postes est faite sur des fiches individuelles appelées fiches de poste. Il existe une fiche par salarié et sur chacune de ces fiches on note : l'intitulé du poste, le service auquel appartient ce poste, le niveau hiérarchique de la personne qui occupe le poste, les responsabilités liées au poste, les avantages liés au poste. Ces fiches ne s'établissent pas une fois pour toute ; elles suivent l'évolution des structures.

Utilité des fiches de poste :

- ✓ Elles permettent de recruter le profil adéquat ;
- ✓ Elles facilitent l'adaptation du nouvel employé dans l'organisation, dans la mesure où il sait tout de suite ce qu'on attend de lui et quelles sont ses attributions précises ;
- ✓ Elles facilitent une bonne répartition du travail ;
- ✓ C'est l'outil de base pour la supervision et l'évaluation des postes ;

3.6. Gestion des ressources humaines des CSCOM [10]

3.6.1 Le recrutement :

Dans le cadre de la dotation du CSCOM en personnel, trois cas de figure peuvent se présenter :

- ✓ Le recrutement direct par l'ASACO ;
- ✓ La mise à disposition par l'Etat ;
- ✓ Le recrutement par les collectivités territoriales ou par tout autre partenaire.

Dans tous les cas, le recrutement se fait conformément à la réglementation en vigueur. Sur la demande de l'ASACO, le médecin chef du CSREF organise le recrutement du personnel qualifié selon la méthodologie suivante :

- ✓ Définition du poste à pourvoir en partant de la fiche de poste,
- ✓ Définition du profil du candidat ;

- ✓ Recherche des candidats (rédaction d'une annonce, publicité à la radio,...) ;
- ✓ Présélection des candidats sur dossier ;
- ✓ Réalisation du test de recrutement.

3.6.2. La Fixation des rémunérations :

La fixation des rémunérations doit respecter les dispositions légales, définies dans la grille prévue par la convention collective des centres de santé communautaire. Habituellement, la rémunération se compose :

- ✓ Du salaire de base, fixé par le contrat de travail et lié à la fonction exercée ;
- ✓ D'une rémunération variable, liée aux compétences et aux missions à remplir. Elle peut prendre par exemple la forme d'un intéressement au nombre d'actes ou aux chiffres d'affaires ;
- ✓ Des rétributions supplémentaires, comme les primes de responsabilité, les indemnités et avantages divers ;

3.6.3. La Classification des emplois :

Les travailleurs des CSCOM relèvent de l'une des catégories suivantes :

- La catégorie " E " : elle regroupe les travailleurs sans qualification professionnelle particulière, et comporte quatre (4) échelons à savoir :
 - Manœuvre ordinaire.
 - Manœuvre spécialisé.
 - Gardien.
 - Planton.
- La Catégorie " D " avec trois échelons :
 - Standardiste.
 - Accoucheuses traditionnelles recyclées.
 - Aide-soignant, matrone.
- La catégorie " C " : elle regroupe les emplois occupés par les travailleurs titulaires du CAP et comporte deux (2) échelons :
 - Secrétaire et gérant du dépôt de produits pharmaceutiques.
 - Agent technique de santé ou de laboratoire ; aide comptable.
- La catégorie " B " regroupe les travailleurs justifiant d'une formation sanctionnée par l'obtention du diplôme d'infirmier d'Etat ou du brevet de technicien. Elle comporte deux (2) échelons :

- Technicien de santé, technicien de laboratoire.
- comptable, technicien de santé supérieur.

La catégorie " A " occupée par les travailleurs titulaires d'une maîtrise ou d'une licence, d'un doctorat en médecine ou en pharmacie et/ou d'un diplôme d'étude supérieure spécialisée. Elle comporte deux (2) échelons:

- 1 : Assistant médical, économiste.
- 2 : Médecin/pharmacien

3.7. La Création de l'ASACO et du CSCOM [9] :

L'ASACO est créé en Assemblée Générale et sa reconnaissance légale est matérialisée par l'obtention d'un récépissé délivré par l'administration. Conformément au décret numéro 05-299/P-RM du 28 juin 2005 relatif aux conditions de création.

Les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM sont entre autres :

- Seules les ASACO peuvent créer et faire fonctionner un CSCOM.
- Le respect de la carte sanitaire pour l'implantation d'un site de CSCOM.
- L'ASACO pour créer un CSCOM, doit adresser une demande d'autorisation au Maire de la commune.
- Le dossier de création comprend :
 - une demande timbrée à deux cent (200) F CFA,
 - la copie du récépissé de déclaration de l'ASACO,
 - trois(3) copies des statuts et règlement intérieur de l'ASACO,
 - une(1) note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité et un plan de financement du CSCOM.
- L'autorisation de création est accordée par le Maire après avis favorable du médecin chef de cercle ou de la commune du district de Bamako.
- La signature et le respect de la convention d'assistance mutuelle COMMUNE/ASACO.
- L'application stricte des statuts et règlement intérieur, notamment la tenue des réunions statutaires et le renouvellement des organes de gestion.

3.8. Le fonctionnement de L'ASACO :

Les activités courantes de L'ASACO sont confiées à un conseil d'administration, élu tous les 3ans par l'Assemblée Générale pour veiller à l'application de ses décisions et à un bureau désigné en son sein pour assurer la continuité des activités. L'ASACO doit apporter appui et

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati
conseils au directeur du centre de santé, informer les populations de l'aire de santé, afin de les mobiliser, et représenter l'association dans ses relations extérieures.

Chaque personne adhérente à l'ASACO reçoit une carte d'adhérent qui concrétise sa décision et lui permet de voter lors des assemblées générales, de présenter sa candidature au conseil de gestion et de bénéficier avec ses ayants droits de la tarification normale lorsqu'ils ont recours aux services du centre. Si sa participation à la réalisation du service public impose au centre d'accueillir toutes les personnes qui sollicitent ses soins, l'ASACO exige généralement des non adhérents une tarification supérieure à celle de ses membres. [16]

3.9 Les organes de gestion de l'ASACO [9] :

Ils sont au nombre de quatre : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA), le Comité de Gestion (CG), et le Comité de Surveillance (CS).

3.9.1 L'Assemblée Générale:

C'est l'instance suprême de décision de l'ASACO. Elle est composée de l'ensemble des représentants des villages, quartiers ou fractions qui composent l'aire de santé. C'est elle qui met en place le CA (conseil d'administration).

3.9.2. Le Conseil d'Administration :

Il a pour mission de veiller au bon fonctionnement du CSCOM ; à ce titre il est chargé :

- D'examiner et adopter les budgets et programmes annuels d'activités du centre ;
- D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- De recruter sur la base des contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du centre ;
- De rendre des comptes à l'AG, de l'état de fonctionnement du CSCOM.

Le CA se réunit en session ordinaire une (1) fois par semestre, et en session extraordinaire chaque fois que le besoin se présente. Il est élu pour une durée de trois(3) ans renouvelable et comprend : un président, un vice-président, un secrétaire administratif, un trésorier général, un trésorier adjoint, deux(2) secrétaires à l'organisation, deux (2) commissaires aux comptes et deux(2) commissaires aux conflits.

3.9.3. Le comité de gestion :

Il veille à la bonne exécution des décisions du CA, à cet effet, il est chargé :

- Du suivi de la gestion du CSCOM.
- D'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du CSCOM.
- D'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre,
- De justifier les dépenses effectuées auprès du CA.

- De statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire, et en session extraordinaire quand le besoin se présente. Elu par le CA parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion se compose :

D'un président, un trésorier, un commissaire aux comptes, le gérant du dépôt pharmaceutique et le chef du CSCOM.

3.10. Concepts et théorie sur la Gestion Ressources Humaines

3.10.1. Définition de quelques concepts sur la GRH

3.10.1.1 La gestion des ressources humaines

Elle se définit, de façon générale, comme « ensemble de pratiques s'élaborant au sein de l'entreprise afin de lui fournir les ressources humaines dont elle a besoin pour atteindre en temps voulu les objectifs qu'elle s'est fixés dans un contexte d'incertitude accrue[11]. »

Pour contribuer à la performance de l'entreprise, la GRH fait de l'homme un objet de gestion : elle développe ses compétences par la formation, mesure ses performances, augmente sa motivation par des systèmes d'incitation...

La GRH est ainsi une fonction partagée : avec les managers d'équipe qui assurent l'évaluation des besoins et des salariés, avec les décideurs d'entreprise qui définissent des politiques sociales adaptées à leurs choix stratégiques.

3.10.1.2. La motivation du personnel [17] :

La motivation réfère à l'ensemble de raisons qui font que les individus se comportent d'une certaine façon et persistent dans ce comportement, en particulier dans le domaine du travail. On peut distinguer plusieurs sources de motivation, matérielles et non-matérielles. Par extension, le terme « motivation » est utilisé pour référer aux mesures et aux facteurs internes et externes à une organisation qui influencent le comportement de ses travailleurs afin de les inciter à donner le meilleur rendement dans l'accomplissement des activités qui leur sont dévolues.

3.10.1.3. Le plan de carrière

Le plan de carrière est un document dans lequel sont consignés la succession des emplois et fonctions de plus en plus élevés qu'un agent peut occuper pendant toute la durée de ses activités professionnelles, en concordance avec son grade [17].

3.10.1.4. La formation initiale

Considérée comme correspondante à l'acquisition par un apprenant d'un ensemble de connaissances de base théoriques et pratiques relatives à un domaine d'activité déterminé,

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati comportant également l'acquisition de certains réflexes ou le développement de certaines aptitudes [17].

3.10.1.5. La formation continue

La formation continue est une formation complémentaire reçue en cours d'emploi qui s'ajoute à la formation initiale dans un domaine différent de celle-ci ou à un niveau supérieur à celle-ci.

Elle augmente les compétences dans un domaine de formation antérieure [17].

3.10.2. Les éléments constitutifs de la GRH [11]

- **Des pratiques de gestion** : recruter, mobiliser, évaluer, rémunérer, former...
- **Des règles et des normes** : juridiques, conventions collectives, accords de branche, d'entreprise, normes produits, réglementations, outils de GRH.
- **Des politiques de gestion d'entreprises** : déterminées par les stratégies d'entreprise en fonction des contextes externes : marchés, produits, secteurs d'activité et des contextes internes : mode d'organisation, niveaux de qualification, routines de travail, culture dominante.
- **Des acteurs multiples en interne** : direction, service Rh, managers, représentants du personnel ; en externe : pouvoirs publics, syndicats, consultants, donneurs d'ordre, actionnaires.

3.10.3. La fonction des ressources humaines

Historique : L'histoire du monde de l'entreprise rapporte l'existence des prémices de pratique de la fonction personnelle depuis la période de la révolution industrielle au 19ème siècle.

En 1920, elle prend son plein essor avec « les trente glorieuses » et puis arrive l'âge adulte, vers 1960. A chaque période, l'activité est centrée sur différents domaines et les appellations courantes évoluent. Ce n'est qu'en 1990 que se généralise l'appellation « ressource humaine ».

La fonction de ressource humaine est d'émergence récente en occident et d'avantage en Afrique.

Les travaux de MAYO révèlent que la dimension humaine et sociale au travail est à la base de la gestion des ressources humaines [18].

3.10.4. L'Evaluation des Ressources Humaines :

3.10.4.1. La segmentation :

Segmenter en GRH consiste d'abord à élaborer des catégories de salariés dont des modes de gestion seront différents sur la base de critères plus ou moins objectifs. La gestion des âges constitue un exemple de segmentation délibérée.

Il existe aussi les segmentations induites ou implicites. Elles concernent toutes sortes de différenciation observées entre les salariés, les hommes et les femmes, les jeunes et « moins jeunes », diplômés et non diplômés... .

3.10.4.2. Enjeu des pratiques de la segmentation :

Ces pratiques, qu'elles soient délibérées ou induites répondent à des enjeux techniques dès lors que les entreprises atteignent une certaine taille, des catégories sont indispensables : la segmentation est un moyen pratique et indispensable pour gérer les individus. Toutefois, la segmentation implicite peut menacer l'équité. Certaines différenciations peuvent conduire à des situations conflictuelles. La segmentation correspond à la fois à une recherche d'efficacité productive et à l'existence d'un enjeu de légitimation dans les conflits d'acteurs.

3.10.4.3. L'anticipation :

Les entreprises ont vu dans la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi un moyen de ne pas revivre les traumatismes des fortes réductions d'emploi liés aux restructurations massives du secteur industriel. La GPE est devenue assez rapidement la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences) prenant en compte les compétences requises par les emplois. L'enjeu consiste à prévoir ce que deviendront les emplois à moyen terme sur un plan quantitatif et qualitatif.

3.10.4.4. La flexibilité comme alternative à la prévision :

Elle constitue un enjeu majeur des politiques de GRH. Elle s'oppose le plus souvent à la rigidité, avec des synonymes comme souplesse, adaptabilité ou réactivité. Les pratiques de flexibilité consistent à faire évoluer l'ensemble des conditions liées à l'emploi : temps de travail, nature du contrat, lieu de son exercice, modalités de rémunération. On oppose souvent flexibilité externe (essentiellement quantitative) et flexibilité interne (plutôt qualitative). Cette dernière est fondée sur la souplesse de l'organisation et des technologies de production et sur la polyvalence du personnel alors que la flexibilité externe rime avec sous-traitance, emploi précaire et réduction des effectifs.

3.10.4.5. La régulation du travail :

Les règles sont omniprésentes en entreprise car elles sont indispensables au fonctionnement de l'action collective. Elles contribuent à organiser le travail, à coordonner et à contrôler les travailleurs ainsi qu'à les protéger. L'entreprise est ainsi un lieu essentiel de la production et de l'évolution des règles. On peut distinguer 2 types de règles qui suivent.

3.10.4.5.1. Les règles substantives :

Elles portent sur la définition d'un contenu : durée légale du travail, salaire minimum, durée des congés payés etc.

3.10.4.5.2. Les règles procédurales :

Elles portent sur les relations entre acteurs réglementation de la négociation collective, grève etc. Ces règles ont trait aux modalités d'exercice du dialogue social dont le DRH est un acteur clé en entreprise.

3.10.4.6. La formation professionnelle :

Un investissement reconnu d'intérêt général. Elle s'inscrit dans une démarche de gestion prévisionnelle de l'emploi et de compétence(GPEC) : elle prépare les salariés aux métiers de demain. « La formation professionnelle tout au long de la vie » est désormais le slogan en vigueur consacré par la loi sur la formation professionnelle et le dialogue social.

3.10.5. Les stratégies des ressources humaines [12] :

3.10.5.1. Les ressources humaines de la gestion aux stratégies :

Les ressources humaines constituent dans l'entreprise un domaine difficilement isolable parce qu'il est en fait partagé, voire éclaté : la plupart des décisions qui affectent le fonctionnement quotidien de l'organisation ont une composante humaine, et la gestion des salariés n'est en ce sens que la mise en action de l'entreprise. Cependant, une « fonction ressources humaines », plus spécialisée, existe toujours. Sous sa forme la plus simple, elle rassemble les tâches d'embauche (recrutement, établissement du contrat de travail), de suivi (congés maladie...), de représentation (délégués) et de rémunération du personnel (établissement du salaire). À partir d'une certaine taille (en pratique, une centaine de salariés) et d'un certain degré de complexité des tâches, elle peut être isolée sous la forme d'un service du personnel, puis d'une direction du personnel ou direction des ressources humaines.

3.10.5.2. Les Outils et pratiques de la gestion des ressources humaines [12] :

La relation salariale lie, bien sûr, un employeur et son employé. Mais le cadre contraignant dans lequel se conclut et s'exécute le contrat de travail est le droit du travail (qu'il y ait des pratiques illégales ou du travail irrégulier est une autre affaire). On ne peut en fait pas concevoir la relation d'emploi hors des interventions de l'État, que celles-ci soient directes, obligatoires, ou indirectes, ou facultatives. C'est ainsi que le contrat de travail, en principe laissé au libre accord des deux parties, prévoit une série de dispositions quant aux horaires, aux modalités de séparation, de rémunération, que l'entreprise doit respecter. Le jeu à trois, entre salarié, entreprise et État, est

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati particulièrement manifeste lorsque l'on envisage quelques-unes des obligations qui sont faites, dans le cas français, aux entreprises qui dépassent le seuil de dix, cinquante, cent ou trois cents salariés : à partir de dix salariés, délégué(s) du personnel élu(s), qui a pour rôle de présenter les réclamations des salariés, et financement de la formation professionnelle continue à hauteur minimale de 1,5 % de la masse salariale ; à partir de cinquante, comité d'entreprise qui exprime l'intérêt des salariés et doit être informé sur les décisions affectant l'entreprise, et consulté avant l'introduction de nouvelles techniques, ou sur le plan de formation, « participation aux résultats » qui consiste à affecter une partie des bénéfices à une réserve spéciale bloquée pendant cinq ans puis répartie entre les salariés ; à partir de trois cents, tenue d'un « bilan social ».

3.10.5.3. La maîtrise de la masse salariale [12] :

La définition usuelle (contrepartie négociée de la prestation d'un travail) reste exacte, mais rend peu justice à la complexité des pratiques et à la multiplicité des contraintes et des marges de manœuvre qui les affectent. Distinguons, bien évidemment, salaire direct et indirect (les cotisations sociales), mais surtout, d'un point de vue gestionnaire, ce ne sont pas moins de huit composantes qui peuvent être distinguées et plus ou moins développées.

- La rémunération fixe (celle qui découle du poste occupé) ;
- Les primes individuelles ;
- Les primes collectives ;
- Le partage du profit (intéressement, participation, plan d'épargne d'entreprise) ;
- La participation au capital ;
- Les avantages en nature et aides diverses ;
- Les compléments retraite ;
- La prévoyance.

3.10.5.4. Le management des ressources humaines [13] :

Parler de ressources humaines, ce n'est pas considérer que les hommes sont des ressources, mais que les hommes ont des ressources. La mission du management des ressources humaines est de développer et mobiliser les compétences des salariés. Intégrer la dimension ressources humaines dans la stratégie de l'entreprise est une nécessité reconnue. Les structures et les hommes donnent un avantage compétitif à leur organisation. Les organisations doivent avoir une stratégie de développement humain et social en harmonie avec leur stratégie économique et leur responsabilité sociale. Elles attendent de la fonction ressources humaines une forte valeur ajoutée. Le DRH est un « partenaire d'affaires ». Il aide l'entreprise à relever tous les défis, à

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati s'adapter à son environnement, à devenir agile et compétitive. Il veille à développer et mobiliser les compétences des salariés en ligne avec la stratégie de l'entreprise. Il accompagne les changements et les transformations. Il veille à la motivation, l'implication et l'engagement des salariés. Il est la cheville ouvrière du développement durable et le garant du contrat social entre les salariés et l'organisation.

3.10.6. Le renouvellement de la gestion des ressources humaines [13] :

Il n'y a pas de pratiques universelles en matière de gestion des ressources humaines (GRH). Les pratiques performantes sont celles qui, adaptées au contexte, permettent de répondre aux défis qu'une entreprise doit affronter. La DRH doit prendre en compte l'ensemble des données, internes et externes, actuelles et prévisionnelles, du contexte

Pour identifier les défis à affronter et adopter les pratiques appropriées. Ces pratiques mettent en œuvre des logiques de réponse. Ces logiques, induites par les contraintes internes et externes imprègnent progressivement depuis vingt-cinq ans les pratiques RH dans les divers contextes nationaux. Une approche contingente de la GRH s'impose.

3.10.6.1. Les grands défis [13] :

3.10.6.1.1 Les mutations technologiques et la conduite du changement :

Les mutations technologiques concernent toutes les branches d'activité et les fonctions de l'entreprise. Les conséquences en matière d'emploi, de compétences, de conditions de travail et d'aménagement des temps, de formation, de motivation et de rémunération sont considérables.

Les Quatre impacts des mutations technologiques dominant:

- **La transformation des organisations :** Les nouvelles technologies de l'information modifient l'organisation du travail et bouleversent les structures. L'entreprise devient tourbillonnante. La fonction RH doit accompagner le changement et participer activement aux choix organisationnels. Elle intègre la fonction transformation.
- **L'accroissement de la productivité :** Il favorise la croissance mais il peut entraîner des sureffectifs dans certaines fonctions ou établissements et nécessiter des réductions d'effectif. La veille technologique doit comprendre un volet productivité.
- **La modification des compétences requises :** L'évolution technologique crée, modifie, remet en cause et fait disparaître des emplois. Chaque technologie nouvelle transforme les métiers et les compétences requises. Pour anticiper, un observatoire des métiers est nécessaire ainsi qu'une connaissance des compétences actuelles et des potentiels d'évolution de chaque salarié. L'adaptation de chaque salarié requiert un investissement formation dont le préalable

est le bilan de compétences. L'évolution des qualifications fait vieillir très vite les grilles de classification et de rémunération. Elle nécessite une actualisation constante des descriptions de poste faisant ressortir les invariants (missions stables). Elle modifie les critères et les cibles de recrutement.

- **Le renchérissement du cout des équipements :** La durée de vie des équipements diminue pour cause d'obsolescence rapide. Cela nécessite un accroissement de la durée d'utilisation des équipements (DUE) par Le management des ressources humaines L'adoption de diverses formes d'aménagement du temps de travail, pour amortir les investissements sur des périodes plus courtes.

3.10.6.1.2. L'accentuation de la concurrence au niveau mondial :

La période actuelle est marquée par l'accentuation et l'internationalisation de la concurrence. Pour conserver sa compétitivité dans un contexte où les innovations franchissent sans délai les frontières, la rigueur et la rapidité sont indispensables. L'entreprise doit éliminer sur couts et gaspillages. Elle doit aller vite pour innover, découvrir les créneaux porteurs, les industrialiser, les faire connaître, les améliorer, les adapter. Ceci implique la mobilisation de tout le potentiel des hommes: leur professionnalisme, leur imagination, leur motivation, leur autonomie, leur responsabilité, leur capacité d'évoluer. L'implication des salariés est perçue comme un avantage compétitif. La capacité des entreprises à créer, à innover, à inventer devient la première source de croissance. L'internationalisation de la concurrence impose aux entreprises une vigilance sans frontière. Elles doivent disposer de référentiels internationaux et anticiper leur évolution. Les disparités tant au niveau mondial qu'europpéen sont amenées à se réduire dans le cadre d'une convergence accrue.

3.10.6.1.3. Les mutations économiques :

Dans un contexte de concurrence, les entreprises doivent veiller à limiter leur ratio frais de personnel/valeur ajoutée à un niveau inférieur ou égal à celui de leurs principaux concurrents nationaux ou internationaux. L'étude des modifications du paysage industriel montre que la survie devient hypothétique pour l'entreprise dont le ratio frais de personnel/valeur ajoutée de passe durablement et significativement celui de ses concurrents. Faute de moyens pour investir et innover, elle devient une proie. L'entreprise doit répondre aux attentes de ses actionnaires dans un contexte économique cahoteux et chaotique. Les cahots deviennent plus brutaux avec des variations fortes de l'activité; l'entreprise doit pouvoir s'adapter très rapidement à des variations de large amplitude. Le chaos, c'est-à-dire la difficulté à élaborer des prévisions fiables et le

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati
manque de visibilité à court et à moyen terme, concerne un nombre accru d'activités.
L'entreprise doit devenir agile.

3.10.6.1.4. Les évolutions démographiques :

L'analyse de la pyramide des Ages fait ressortir dans de nombreuses entreprises des perspectives de vieillissement accentué. La génération du baby-boom de l'après-guerre (1946-1955), grossit les rangs des sexagénaires depuis 2006. Les entreprises doivent apprendre à gérer des populations plus âgées avec une approche cohérente en termes de carrière, de rémunération, de conditions de travail, de mobilité et de formation pour éviter les effets pervers du sentiment de fin cohérente de gestion des âgés et de la diversité.

3.10.6.1.5. Les mutations sociologiques et la diversité :

Les mutations sociologiques ont fait la diversité et montrent une perte d'évidences individuelles (notamment concernant le travail et l'argent) et de cohérences collectives accélérée par l'explosion actuelle des nouvelles technologies. De plus, l'entreprise regroupe des salariés aux aspirations multiples: la diversité des âges, des formations initiales, des parcours professionnels et des qualifications se traduit par de grandes différences d'attentes. L'entreprise doit connaître être connaître la diversité de ceux qui la composent. Chaque génération apparaît différente de celle qui l'a précédé et l'entreprise doit absorber ces différences. La génération Y (20-34) succède à la génération X (35-49) avec ses spécificités. Le besoin de reconnaissance est l'une des attentes fortes des salariés d'aujourd'hui et en particulier de la génération Yoyo. [13]

3.10.6.1.6. Les partenaires sociaux [13] :

De 1958 à 1974, les effectifs syndicaux avaient connu une croissance régulière. Depuis 1974, ils sont globalement en recul. À partir de 1980, la diminution du nombre des conflits du travail a été spectaculaire tant en France que dans l'ensemble des pays industrialisés. Le nombre de jours de grève fluctue dans les années 2000 autour d'un million (DARES). Depuis 1982, la négociation d'entreprise et d'établissement progresse à un rythme rapide: 4 900 accords en 1985 et environ 30 000 dans les années 2000. La négociation d'entreprise devient un élément déterminant de la mise en place des politiques de RH.

3.10.6.1.7. Le cadre législatif et réglementaire :

La législation sociale a connu depuis l'après-guerre un développement important, renforçant les obligations de l'entreprise dans plusieurs domaines. Aujourd'hui le cadre réglementaire applicable est très riche en France. Il n'a cessé de se développer tout au long du XXe siècle et au début du XXIe dans tous les domaines de la gestion des ressources humaines, avec quelques

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati

périodes particulièrement fortes: premier après-guerre, 1936-1937, second après-guerre, années 1968-1973 (extension des droits syndicaux, formation professionnelle, amélioration des conditions de travail), 1982 (lois et ordonnances Auroux dans de nombreux domaines). Les années 1982-2013 ont connu une évolution règlementaire forte. Les lois de 2001 à 2013 sur la discrimination et la modernisation sociale, le temps de travail et les retraites, la formation et le dialogue social, la cohésion sociale et l'égalité des chances, l'emploi des personnes handicapées, les seniors, l'épargne salariale, la sécurisation de l'emploi, la modernisation du marché du travail ont un impact fort sur les pratiques RH. Les directeurs des ressources humaines (DRH) doivent s'adapter à ces modifications qui, de plus en plus, s'inscrivent dans le cadre d'une convergence européenne et de l'harmonisation de l'espace social européen.

3.10.6.1.8. L'investissement socialement responsable :

Le développement des ISR (investisseurs socialement responsables) et de la notation extra financière permet d'orienter les achats d'action vers les entreprises socialement responsables, imposant aux entreprises de rendre compte de leurs engagements sociaux et sociétaux. Le rapport social, sociétal et environnemental devient essentiel.

3.10.6.1.9. Les logiques de réponse :

Pour répondre à ces défis, les entreprises adoptent cinq logiques qui irriguent les politiques sociales: personnalisation, adaptation, mobilisation, anticipation et partage.

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE :

4.1. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive au niveau de quatre (4) CSCOM. Elle s'est déroulée entre le 1^{er} janvier au 30 novembre 2017 soit une durée de 11 mois.

4.2. Lieu d'étude

Cette étude a été effectuée dans quatre CSCOM de la ville de Kati à savoir :

- Le CSCOM1 : CSCOM de SANANFARA
- Le CSCOM2 : CSCOM de KOKO
- Le CSCOM3 : CSCOM de MALIBOUGOU
- Le CSCOM4 : CSCOM de FARADA

4.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée de l'ensemble de la population des centres de santé communautaires (CSCOM) de Kati, ASACO et les personnels.

4.3.1. Critères d'Inclusion

- Ont été inclus les CSCOM de la ville de Kati ;
- les membres de l'ASACO, et les directeurs techniques qui travaillent dans les CSCOM.

4.3.2. Critères d'exclusion

- N'ont pas été inclus les centres de santé communautaire (CSCOM) situés en dehors de la ville de Kati.
- les personnes non membres d'un bureau ASACO ;
- Toutes personnes ne travaillant pas dans un CSCOM.

4.4. Échantillonnages :

Il a été procédé à un échantillonnage exhaustif composé de : président du conseil d'administration, le président du comité de gestion, le président du comité de surveillance, le directeur technique du centre (DTC).

4.5. Outils et collectes des données :

1-les données primaires ont été collectées via les articles et les revues de la littérature à la gestion des ressources humaines (GRH).

2-les données secondaires ont été collectées à travers un questionnaire.

4.6. Variables étudiées :

Les variables suivantes ont été étudiées : le recrutement, la formation, la rémunération, l'évaluation, la gestion de carrière.

4.7. Traitement et analyse des données :

Le logiciel Microsoft Office Word 2013 pour la saisie et EPI info pour l'analyse des données ont été utilisés au cours de notre étude

RESULTATS

5. RESULTATS

5.1. Les caractéristiques des CSCOM :

Tableau 1:La Répartition des CSCOM par l'année d'ouverture.

Désignation	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4
Année de création	2002	2005	2002	2003
Statut juridique	Privé	privé	privé	Privé

Tous les CSCOM enquêtés sont créés entre 2002 et 2005, ils ont tous un statut juridique privé.

Tableau 2: La Répartition des membres de l'ASACO par genre.

Genre	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM3	CSCOM 4	effectif	Pourcentage
Hommes	4	3	3	3	13	81,25%
Femmes	0	1	1	1	3	18,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Le genre masculin est le plus représenté dans les 4 CSCOM étudiés.

Tableau 3 : La Répartition des membres de l'ASASO par tranche d'âge.

Classe d'AGE	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
[30-45ans]	1	1	1	1	4	25%
[45-60ans]	1	0	0	0	1	6,25%
[60-75ans]	2	3	3	3	11	68,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Plus de la moitié des membres de L'ASACO dans les 4 CSCOM étudiés ont une tranche d'âge comprise entre [65-75] ans.

Tableau 4: La Répartition des membres de L'ASACO selon Le niveau d'instruction .

Niveau formation	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Primaire	0	0	1	1	2	12,50%
Secondaire	0	2	0	2	4	25%
Supérieur	4	2	3	1	10	62,50%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre que les membres de L'ASACO du CSCOM 1 ont un niveau de formation supérieur par rapport aux autres.

Tableau 5 : La Répartition des membres de L'ASACO selon l'ancienneté.

ancienneté	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM 3	CSCOM 4	effectif	Pourcentag e
[0-3 ans]	0	0	1	0	1	6,25%
[3-5ans]	3	1	0	3	7	43,75%
[5-7ans]	1	3	3	0	7	43,75%
[7 et plus]	0	0	0	1	1	6,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

La plus part des membres de l'ASACO ont une ancienneté comprise entre [3-5] et [5-7] dans les 4 CSCOM étudiés.

5.2. Informations Générale des Centres de Santé Communautaires (CSCOM)

Tableau 6: La Répartition des effectifs des personnels selon les membres de L'ASACO.

salarié permanents	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Hommes	7	13	8	4	32	19,51%
Femmes	40	24	40	28	132	80,49%
Total	47	37	48	32	164	100,00%

Ce tableau nous révèle une prédominance du sexe féminin soit plus de la moitié des salariés dans les 4 CSCOM.

Tableau 7 : La Répartition des personnels en fonction de l’Ancienneté selon les membres de L’ASACO

Ancienneté	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM 3	CSCOM 4	Effectif	Pourcentage
Moins 2 ans	0	0	4	0	4	2,44%
[2-5ans]	3	2	0	16	21	12,81%
[6-10ans]	38	6	44	0	88	53,66%
[11 et plus]	6	29	0	16	51	31,09%
Total	47	37	48	32	164	100,00%

Ce tableau montre que l’ancienneté entre [6-10 ans] est la plus représentée dans les 4 CSCOM étudiés.

Tableau 8: La Répartition de l’âge des employés selon les membres de L’ASACO.

Classe d’âge	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM 3	CSCOM 4	effectif	Pourcentage
[Moins 25ans]	0	0	0	14	14	8,54%
[26-35ans]	11	0	12	12	35	21,34%
[36-45ans]	24	35	0	0	59	35,98%
[46 ou plus]	12	2	36	6	56	34,14%
Total	47	37	48	32	164	100,00

On constate que la tranche d’âge [36-45 ans] est la plus représentée parmi les employés des CSCOM étudiés.

Tableau 9 : La Répartition des CSCOM en fonction du budget de prévision annuel.

Budget	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4
Budget propre	13 372 545	12 000 000	12 220 000	12 250 000
Subvention de la mairie	-----	-----	-----	-----
Total	13 372 545	12 000 000	12 220 000	12 250 000

Ce tableau montre que le CSCOM1 à un budget plus élevé que les autres CSCOM étudiés. Il n’y a pas eu d’information en ce qui concerne la subvention par la marie.

5.3. Les déterminants de la GRH dans les CSCOM

5.3.1. Le processus de recrutement.

Tableau 10 : La Répartition des CSCOM selon qu’ils fassent la description de poste.

Description de poste	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM3	CSCOM 4	Effectif	Pourcentage
Non	0	4	0	0	4	25%
Oui	4	0	4	4	12	75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe à partir de ce tableau, que plus de la moitié des CSCOM font la description de poste dans les activités de recrutement.

Tableau 11 : la Répartition des CSCOM selon qu'ils passent des appels à la candidature

Appel	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	0	4	0	3	7	43,75%
Oui	4	0	4	1	9	56,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe qu'un peu plus de la moitié des CSCOM font appel à la candidature dans les activités de recrutement.

Tableau 12: la Perception des enquêtés en fonction du recrutement le plus productif

Recrutement	CSCOM 1	CSCOM 2	CSCOM3	CSCOM 4	Effectif	Pourcentage
Interne	0	0	0	3	3	18,75%
Externe	4	4	4	1	13	81,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe que le recrutement externe est le plus productif des CSCOM étudiés.

Tableau 13: la Répartition des CSCOM en fonction des critères de sélection des candidats.

CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4
Diplôme, âge,	Diplôme, âge,	Curriculum vitae (CV)	courage détermination
Aptitude physique	Curriculum vitae (CV)	Diplôme, âge,	Diplôme, âge,
casier judiciaire	casier judiciaire	casier judiciaire	casier judiciaire
Curriculum vitae (CV)	Aptitude physique		Curriculum vitae (CV)

Ce tableau montre que les CSCOM ont en commun la sélection des candidats en fonction de l'âge, diplôme aptitude physique, casier judiciaire, curriculum vitae.

5.3.2. FORMATION CONTINUE

Tableau 14 : La Perception des enquêtés en fonction de l'existence d'un programme spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste.

Programme spécifique	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	0	1	0	1	2	12,5%
Oui	4	3	4	3	14	87,5%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Plus de la moitié des CSCOM enquêtés ont déclaré avoir un programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste.

Tableau 15: La Perception des enquêtés en fonction de l'existence d'un programme de formation spécifique permettant aux employés de répondre au besoin futur de l'organisation.

Réponse	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	3	1	1	4	9	56,25%
Oui	1	3	3	0	7	43,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre qu'un peu plus de la moitié des CSCOM étudié n'avaient pas un programme de formation spécifique permettant aux employés de répondre au besoin futur de l'organisation.

Tableau 16: La Perception des enquêtés en fonction de la formation des personnels pour une nouvelle stratégie.

Réponse	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	4	1	1	4	9	56,25%
Oui	0	3	3	0	7	43,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce résultat montre qu'un peu plus de la moitié des CSCOM étudiés ne font pas la formation des personnels pour une nouvelle stratégie.

Tableau 17: La Répartition des CSCOM en fonction des programmes de formation générale

Réponse	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	0	1	1	1	3	18,75%
Oui	4	3	3	3	13	81,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre que plus de la moitié des CSCOM enquêtés ont un programme de formation générale pour la performance des employés.

Tableau 18: La Répartition par différentes types de programmes de formation générale

Types	CSCOM 1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM 4	Effectif	Pourcentage
Formation Externe	3	1	1	4	9	56,25%
formation Interne	1	3	3	0	7	43,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On remarque que les CSCOM font à la fois les formations internes et externes, mais la formation externe est plus importante que la formation interne.

Tableau 19: Les différents types de programmes de formation au sein du CSCOM1

programme de formation	Effectif	Pourcentage
CPN, Accouchement	1	25%
formation des formateurs et formation individuelle	1	25%
formation pour l'hygiène publique, la vaccination infantile, CPN	2	50%
Total	4	100,00%

Ce tableau montre que la moitié des programmes de formation consiste à la formation de vaccination infantile, la CPN, l'hygiène publique. L'ASACO n'a aucun budget pour financer ces formations.

Tableau 20: Les Différents types de programmes de formation au sein du CSCOM2

programme de formation	Effectif	Pourcentage
CPN, vaccination	1	25%
formation des formateurs et formation individuelle	1	25%
La lutte contre des maladies transmissibles, hygiène publique	1	25%
Mesure essentielle pour se prémunir contre les maladies contagieuses	1	25%
Total	4	100%

Le programme de formation au niveau du CSCOM2 consiste la formation des formateurs et la formation individuelle, la formation pour la lutte contre des maladies transmissibles, hygiène publique, Mesure essentielle pour se prémunir contre les maladies contagieuses.

Tableau 21: Les Différents types de programmes de formation au sein du CSCOM 3

programme de formation	Effectif	Pourcentage
Vaccination, l'accueille, conduite à tenir face aux maladies infectieuses	2	50%
formation des formateurs et formation individuelle	1	25%
La lutte contre des maladies transmissibles, hygiène publique	1	25%
Total	4	100%

On observe que la plus part des programmes de formation de CSCOM 3 consiste la formation de la Vaccination, l'accueille, conduite à tenir face aux maladies infectieuses.

Tableau 22: Les Différents types de programmes de formation au sien du CSCOM4

programme de formation	Effectif	Pourcentage
Hygiène et assainissement	1	25%
Nutrition, paludisme, méningite....	1	25%
Hygiène et assainissement, vaccination, CPN	1	25%
Soin infirmier, paludisme, CPN	1	25%
Total	4	100%

On observe que la plus part des programmes de formation de CSCOM 4 consiste à la formation de l'Hygiène et assainissement, Soins infirmiers, paludisme, CPN ; Nutrition, paludisme, méningite.

5.3.3. REMUNERATION

Tableau 23: la Répartition en fonction des critères déterminants les niveaux de salaires dans le CSCOM1

Les critères déterminant le niveau de salaire	Effectif	Pourcentage
en fonction du diplôme, courage, la performance	2	50%
La convention établit par le code du travail, le diplôme, la compétence	1	25%
selon le code de travail au mali	1	25%
Total	4	100,00%

Ce tableau montre que les critères qui déterminent le niveau de salaire se reposent sur l'acquisition de diplôme, le courage, et la performance des employés dans le CSCOM1.

Tableau 24: La Répartition en fonction des critères déterminants les niveaux de salaire dans le CSCOM 2

les critères déterminant le niveau de salaire	Effectif	Pourcentage
en fonction du diplôme, courage, la performance	1	25%
La convention établit par le code du travail, le diplôme, la compétence	1	25%
selon le code de travail au mali, le plus courageux	1	25%
En fonction du diplôme	1	25%
Total	4	100%

On observe que les critères qui déterminent les niveaux de salaires reposent sur l'acquisition du diplôme, la convention établie par le code de travail, le courage, la performance et la compétence dans le CSCOM2.

Tableau 25: La Répartition en fonction des critères déterminant les niveaux de salaire dans le CSCOM 3

les critères déterminant le niveau de salaire	Effectif	Pourcentage
Pas de critères	3	75%
En fonction de diplôme	1	25%
Total	4	100%

Ce résultat montre que le CSCOM 3 n'a aucune base pour augmenter le niveau de salaire.

Tableau 26: La Répartition en fonction des critères déterminant les niveaux de salaire dans le CSCOM4

les critères déterminant le niveau de salaire	Effectif	Pourcentage
Critère basé sur le code du travail	3	75%
Selon le rendement du CSCOM	1	25%
Total	4	100%

Ce tableau montre que le CSCOM 4 détermine le niveau de salaire en fonction des critères en vigueur établis par le code du travail au Mali.

Tableau 27: La Répartition des bases d'augmentation de salaire par CSCOM

CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4
Aucune base	Aucune base	Aucune base	Aucune base
Diplôme, ancienneté	Aucune base	Aucune base	Aucune base
Diplôme, plus performant, plus courageux	Aucune base	Aucune base	Aucune base
Selon le rendement du CSCOM	Aucune base	Aucune base	Aucune base

Ce résultat montre que seul le CSCOM 1 possède une base pour l'augmentation de salaire, il est déterminé en fonction de diplôme, de l'ancienneté, de la performance, et du courage.

Tableau 28: La Répartition des CSCOM en fonction de l'octroi de prime individuelle pour les meilleurs employés (plus performants)

Primes	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	4	4	3	4	15	93,75%
Oui	0	0	1	0	1	6,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre qu'aucun des CSCOM ne donnent la prime individuelle pour les meilleurs employés performants.

Tableau 29: La Répartition de l’octroi de prime individuelle pour les responsables d’unités par CSCOM

Primes	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	1	4	4	4	13	81,25%
Oui	3	0	0	0	3	18,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe qu’à peu près aucun des CSCOM ne donnent des primes individuelles pour les responsables d’unités.

Tableau 30: La Répartition de l’octroi de primes d’ancienneté aux employés par CSCOM

Primes	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	1	3	3	3	10	62,50%
Oui	3	1	1	1	6	37,50%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe que plus de la moitié des CSCOM enquêtés ne donne pas la prime d’ancienneté aux employés.

Tableau 31: L'existence des avantages sociaux par CSCOM selon les enquêtés

Avantages sociaux	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	1	4	3	3	11	68,75%
Oui	3	0	1	1	5	31,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Moins de la moitié des CSCOM enquêtés ne considère les avantages sociaux comme une motivation.

Tableau 32: La motivation des employés en fonction de la politique de rémunération par CSCOM selon les enquêtés

Motivations	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	1	0	0	0	1	6,25%
Oui	3	4	4	4	15	93,75%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre qu'à peu près tous les employés sont motivés par la politique de rémunération selon les membres de L'ASACO.

Tableau 33: Le degré de motivation des employés dans les CSCOM selon les enquêtés

Degré de motivation	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Très motivé	0	0	1	0	1	6,25%
Motivé	3	4	3	4	14	87,5%
Peu motivé	0	0	0	0	0	00,00%
Sans réponse	1	0	0	0	1	6,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau nous montre qu'à peu près tous les employés des CSCOM étudiés sont motivés à travailler.

5.3.4. EVALUATION

Tableau 34: L'évaluation du rendement des employés à partir des objectifs fixés par CSCOM selon les enquêtés

Evaluations	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Non	1	3	1	3	8	50%
Oui	3	1	3	1	8	50%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe que la moitié des CSCOM enquêtés font l'évaluation du rendement des employés à partir des objectifs fixés.

Tableau 35 : La Répartition des CSCOM par les périodes d'évaluation du rendement des employés selon les enquêtés

Evaluations	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	Effectif	Pourcentage
Jour	0	0	1	0	1	6,25%
Mois	1	4	3	2	9	56,25%
Trimestre	2	0	1	1	4	25%
Année	0	0	0	0	0	0,00
Autre	1	0	0	1	2	12,50
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce tableau montre qu'un peu plus de la moitié des évaluations du rendement des employés sont faites par mois.

Tableau 36 : La pratique d'évaluation du rendement des employés à partir de leur comportement observé par CSCOM, selon les enquêtés

Evaluations	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	1	3	1	3	8	50%
Oui	3	1	3	1	8	50%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Ce résultat montre que la moitié des CSCOM enquêtés ont des pratiques d'évaluation du rendement des employés à partir de leur comportement observé.

Tableau 37 : Perception des enquêtés en fonction des pratiques d'évaluation du rendement des employés pour déceler les besoins en formation par CSCOM.

Evaluations	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	3	1	3	0	7	43,75%
Oui	1	3	1	4	9	56,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

On observe qu'un peu plus de la moitié des CSCOM enquêtés font l'évaluation du rendement des employés pour déceler les besoins en formation.

Tableau 38: Perception des enquêtés en fonction des critères permettant l'évaluation précis dans l'appréciation du rendement des employés par CSCOM

Réponse	CSCOM1	CSCOM2	CSCOM3	CSCOM4	effectif	Pourcentage
Non	3	3	1	0	3	18,75%
Oui	1	1	3	4	13	81,25%
Total	4	4	4	4	16	100,00%

Plus de la moitié des CSCOM enquêtés ont des critères d'évaluation précis dans l'évaluation du rendement des personnels.

COMMENTAIRES

6. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

6.1. Mode de Recrutement

Recruter un salarié est un événement très important dans la vie d'une entreprise, il est donc important de s'y prendre avec méthode. Avant de recruter, un chef d'entreprise doit commencer par définir le besoin. Selon la convention collective en vigueur L'ASACO doit être fortement représentée lors des recrutements et le personnel recruté, quelle que soit son origine de prise en charge, doit travailler sous l'autorité de l'ASACO.

Dans le cadre d'un processus de recrutement, la description de poste contribue à mettre en lumière les objectifs souhaités les caractéristiques d'un poste et les compétences indispensables. Au cours de notre étude, 75% des CSCOM enquêtés font la description de poste dans les activités du recrutement.

Dans les CSCOM enquêtés, le diplôme, âge, curriculum vitae (cv), le casier judiciaire et l'aptitude physique constituent le choix au recruteur de présélectionner les candidats, 81,25% du recrutement sont des recrutements externes, Cela peut s'expliquer par le fait que le recrutement externe permet d'apporter des bonnes qualités, c'est une pratique transparente, elle suscite d'apporte des idées nouvelles, selon les membres de l'ASACO.

6.2. La Formation continue

Les entreprises doivent appliquer un système de formation qui répond aux besoins actuels ou futurs de l'entreprise. Puisque c'est elle qui permet à l'entreprise de répondre aux nouvelles stratégies de maîtriser les nouvelles machines et les processus de productions. La formation est un outil essentiel dans la vie d'une entreprise.

Au cours de cette étude, tous les CSCOM enquêtés ont confirmé d'avoir instauré le programme de formation générale. Dans les CSCOM 56,25% font la formation des personnels dans le cadre des nouvelles stratégies. Un peu plus de la moitié des CSCOM enquêtés soit 56,25% ne font pas la formation spécifique qui permet aux employés de répondre aux besoins futurs des CSCOM ainsi que la formation des personnels pour une nouvelle stratégie, Ce qui montre que les ASACO n'ont pas beaucoup de moyen pour financer les formations. La plus part des formations dans les CSCOM sont initiés par les ONG les partenaires et l'état.

6.3. Mode de rémunération

Rémunérer ne signifie pas seulement payer, mais aussi attirer, motiver, retenir les salariés performants dont la fidélisation est indispensable à la réussite de l'entreprise. La rémunération est une

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati
composante essentielle et reconnue de la stratégie des ressources humaines. Une bonne politique de rémunération donne beaucoup d'avantage dans la vie d'une entreprise.

Dans cette étude, le CSCOM 1 et CSCOM 2 ont en commun des critères déterminants le niveau salaire reposant sur le diplôme et la performance, le CSCOM 3 n'a aucune base pour augmenter le niveau de salaire, le CSCOM4 détermine le niveau salaire en fonction des critères en vigueur établis par le code de travail au Mali.

Dans les CSCOM enquêtés tous les employés sont motivés par la politique de rémunération selon les membres de l'organe de gestion des ASACO. Dans les 4 CSCOM enquêtés 81,25% ne donnent pas la prime individuelle pour les responsables d'unité, 93,75% ne donnent pas les primes individuelles pour les meilleurs employés (plus performants), 62,5% ne donnent pas des primes anciennetés. Ce qui montre que tous les employés sont motivés et déterminés a travaillé malgré l'absence de beaucoup des primes.

6.4. Evaluation

Dans la gestion des ressources humaines, il est important La mise en place d'un système d'évaluation ce qui va permettre de déterminer la performance, identifier les besoins qui font sentir en matière de formation et des objectifs fixés par l'entreprise.

Au cours de cette étude 50% des CSCOM étudié font l'évaluation du rendement des employés dans le cadre des objectifs fixés ainsi que l'évaluation du rendement à partir de leur comportement observé, 56,25% font l'évaluation du rendement pour déceler les besoins en formation, les 4 CSCOM ont le programme de suivi des évaluations du rendement des employés par mois.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. Conclusion

La gestion des ressources humaines vise à créer un environnement professionnel susceptible de favoriser la stabilité entre employeur et l'employé en mettant en valeur les bonnes pratiques de recrutement, la formation, la rémunération, et l'évaluation.

L'objectif général de cette étude était d'améliorer les activités déterminant la GRH dans les centres de santé communautaire.

On a travaillé sur un échantillon de quatre(4) CSCOM et 16 personnes des membres de l'organe de gestion des ASACO.

à partir des observations au terme de cette étude ils ressort que dans le processus de recrutement des 4 CSCOM étudiés, le recrutement externe est le plus productif soit un taux de 81,25% ce qui montre que le recrutement externe a plus de rentabilité selon les membres de L'ASACO ce qui ressort que la plus part des personnels sont recrutés par la filiation sociale, Tous les CSCOM font la formation générale, 56,25% font la formation dans le cadre des nouvelles stratégies.

Dans cette étude 93,75% des CSCOM enquêtés ne donnent pas la prime individuelle pour les responsables d'unité, 62,25% ne donnent pas la prime d'ancienneté ce qui montre que les personnels ne sont pas motivés cela peut entraîner des comportements indésirables tel que le vol des médicaments, aussi d'autre pratique non conforme au règlement. On constate aussi que 50% des CSCOM enquêtés font l'évaluation du rendement des employés dans le cadre des objectifs fixés ainsi que l'évaluation à partir du comportement observé et l'évaluation du rendement.

Recommandation

Dans le souci d'améliorer les progrès réalisés en termes des pratiques de la gestion des ressources humaines des CSCOM de Kati, nous préconisons les recommandations suivantes :

Au ministère de la santé

De s'impliquer à la gestion et l'amélioration de la santé communautaire en faisant instaurer des programmes de formation des gestionnaires, et un comité de suivi de gestionnaire des ASACO.

Au représentant de l'ASACO

- ✓ Améliorer le mode de rémunération.
- ✓ prendre en compte les primes pour pouvoir donné plus de motivation aux employés.
- ✓ S'impliquer davantage pour abolir la gestion informelle des ressources humaines en milieu de santé communautaire.
- ✓ Améliorer les conditions de travail.
- ✓ prendre davantage en compte les revendications des employés.

A l'équipe dirigeante du CSCOM

- ✓ S'investir dans la formation et l'évaluation des personnels pour améliorer la performance des employés.
- ✓ S'engager pour donner une politique de budgétisation du financement dans la formation continue.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1].F.NOGUERA, MC. Chalus-Sauvannet, 2008, la GRH dans le milieu de santé : impact des pratiques sur la qualité des soins et sur les performances cas d'une clinique privée au Bénin, p 2.
- [2]. SEBASTIEN MAINHAGU, 2012 : le pouvoir paradoxal des soignants sur la gestion des ressources humaines N°4, p33
- [3]. OUOLOGUEM.F sur la participation des femmes à la création et à la gestion des CSCOM dans le district de Bamako, (thèse de médecine, Bamako, 2008, page11)
- [4]. Coulibaly I. vente conseil en officine« perceptives vers l'optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients », (thèse de pharmacie, Bamako, 2008, p32)
- [5]. M.TRAORE viabilité du centre de santé de santé communautaire de Garantibougou (thèse de médecine, Bamako, 2013)
- [6]. MAMADI K KONATE, 2003, Politique de santé communautaire une viabilité économique et sociale des CSCOM au Mali, p 7
- [7]. SIDI BECAYE DOUMBIA. 2016. Communication de la FENASCOM organisation et fonctionnement des organes de gestion des ASACO. p 1, 2,3
- [8]. www.aho.afro.who.int . 20/02/ 2018
- [9].Mail.cnom.santé.gov.ml. 20/02/2018
- [10]. Convention collective des CSCOM, 2006, page 21, 22, 23
- [11]. ANNE DIETRICH, 2005 : Gestion des ressources humaines, p1
- [12].BERNARD GAZIER, les stratégies des ressources humaines. 3^{ème} édition.
- [13]. JEAN MARIE PERETTI. 2004La gestion des ressources humaines.20 éditions. P6
- [14]. SANAMA BAGADEMA. Etude de la gestion des ASACO : Le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako (thèse de médecine.2010. p 34)
- [15]. Développement des ressources humaines pour la santé politique national « plan Stratégie nationale 2009-2015 » p6
- [16]. H.BALIQUE collaborateur (O.OUATTARA, A.KORY, A.IKNANE) dix ans d'expérience des CSCOM au mali. 2001. P 35- 48
- [17]. développement des ressources humaines pour la santé stratégie nationale 2009 page 1, 2, 3.
- [18]. E.MAYO The humans problems of industrialcivilization, macmillan mentionné inscheid JC, les grand auteurs en organisation DUNOD 1990 p 18

[19]. BAH.H les enjeux et les limites de la fidélisation du personnel en officine : cas de 63 officines (Thèse de pharmacie, Bamako, 2014, p53)

[20]. ROESCH.Y, la gestion de ressource humaine en milieu hospitalier (thèse de doctorat en science juridique, France 1999)

ANNEXE

CLASSIFICATION DES EMPLOIS- DEFINITION DES CATEGORIES

Article 1^{er} : Dispositions générales

Les travailleurs des Centres de Santé Communautaires relèvent de l'une des catégories ci-après :

- catégorie « E » ;
- catégorie « D » ;
- catégorie « C » ;
- catégorie « B » ;
- catégorie « A ».

La catégorie « E » comporte quatre échelons.

La catégorie « D » comporte trois échelons.

Les catégories « C » et « B » comptent chacune deux échelons.

La catégorie « A » se subdivise en trois échelons.

Article 2 : catégorie « E »

Les emplois suivants sont classés à la catégorie « E » et sont occupés par des travailleurs sans qualification professionnelle particulière :

1. Manœuvre ordinaire : Agent affecté à des travaux manuels ne nécessitant ni connaissance professionnelle, ni adaptation, tels que travaux de manutention et travaux courants de nettoyage et de propreté ;
2. Manœuvre spécialisé : Agent exécutant des travaux simples après une mise au courant sommaire ;
3. Gardien : Agent affecté au gardiennage, à l'entretien et à la surveillance des locaux après réussite à un test d'exercice physique ;
4. Planton : Agent ayant un minimum d'instruction ou une compétence acquise par la pratique et affecté aux tâches de distribution interne et externe du courrier.

Article 3 : Catégorie « D »

1. Standardiste : Agent ayant un minimum d'instruction ou une compétence acquise par la pratique et chargé de gérer les communications avec l'extérieur.
2. Accoucheuses traditionnelles recyclées : Agents possédant une compétence acquise par la tradition et la pratique et chargés d'aider à l'accouchement ;

3. Aide-soignant, Matrone : Agents chargés d'administrer, sous la Supervision d'un infirmier, d'une Sage-femme, des soins qui ne nécessitent pas de connaissances approfondies.

Article 4 : Catégorie « C »

Les emplois suivants sont classés à la Catégorie « C » et sont occupés par les travailleurs titulaires du certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou du diplôme d'infirmier du premier cycle :

1. Secrétaire : Agent de saisie chargé des travaux de copie avec orthographe et présentation parfaite des documents ;

Gérant de dépôt : Agent chargé des opérations diverses se rapportant au dépôt des produits pharmaceutiques du Centre de Santé Communautaire ;

2. Agent technique de santé ou de laboratoire : Agent chargé d'administrer des soins médicaux et d'effectuer des travaux pharmaceutiques d'exécution courante en laboratoire ;

Aide comptable : Agent dont la formation comptable est suffisante pour effectuer des travaux secondaires tels que la vérification matérielle des documents accessoires, la tenue des journaux auxiliaires des Centres de Santé Communautaires

Article 5 : Catégorie « B »

Les emplois suivants sont classés à la Catégorie « B » et sont occupés par les travailleurs justifiant d'une formation sanctionnée par l'obtention du diplôme d'infirmier d'Etat ou du Brevet de Technicien ou diplôme équivalent et assurant des travaux comportant une part d'initiative et de responsabilité sous les ordres d'un supérieur hiérarchique

1- Technicien de santé, Technicien de laboratoire : Agent chargé des fonctions d'infirmiers exercées sous l'autorité d'un médecin ou d'un pharmacien ;

Gérant : Agent responsable des opérations de gestion et de renouvellement des stocks des magasins ;

2- Comptable : Agent chargé d'assurer ou de faire assurer la tenue des livres, la passation régulière des écritures, la confection de tous documents justificatifs ou la vérification des pièces comptables, et d'interpréter les opérations comptables.

Etude des pratiques de la gestion des ressources humaines au niveau des CSCOM du centre-ville de Kati
Technicien Supérieur de Santé : Agent diplômé de l'Ecole Secondaire de Santé ou diplôme équivalent.

Article 6 : Catégorie « A »

Les emplois suivants sont classés à la catégorie « A » et sont occupés par les travailleurs titulaires d'une maîtrise ou d'une licence (Assistants médicaux, économiste gestionnaire), un doctorat en médecine ou en pharmacie et ou d'un diplôme d'études supérieures spécialisées.

1- Assistant médical, économiste, gestionnaire ;

2- Médecins:/Pharmaciens :

Médecin : Agent chargé des opérations de diagnostic et, le cas échéant, de traitement, en vue de la conservation ou du rétablissement de la santé ;

Pharmacien : Agent chargé des opérations concourant à la préparation des médicaments ;

3-Spécialistes : Agent possédant des connaissances générales requises en médecine ou en pharmacie et spécialisé dans un ou plusieurs domaines de la Médecine ou de la Pharmacie ou en économie de la santé.

Article 7 : Les emplois qui ne figurent pas dans la présente classification feront l'objet de conventions annexes.

Questionnaire

I Identification

1.1 Nom de centre de santé

communautaire.....

1.2 Année de création.....

1.3 Fonction occupé par le répondant.....

1.4 Sexe du répondant

1.5 Age du répondant.....

1.6 Situation matrimoniale du répondant

1.7 Niveau de formation du répondant.....

1.8 Ancienneté dans le centre de santé communautaire.....

2. Information générale du centre de santé communautaire(CSCOM)

2.1 Combien de salariés permanents et contractuels et bénévoles le CSCOM compte-t-il ?

	Hommes	Femmes
Salariés permanents	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bénévoles contractuels	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------------	----------------------	----------------------

2.2 Combien de personnes ont démissionnés de leur poste dans les trois dernières années ?

	Hommes	Femmes
Employés	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.3 Combien d'employés sont âgés de...

Moins de 25 ans

Entre 26 et 35 ans

Entre 36 et 45 ans

46 ou plus

2.4 Combien d'employés ont...

Moins de 2 ans ancienneté

Entre 2 et 5 ans ancienneté

Entre 6 et 10 ans ancienneté

11 ans ou plus ancienneté

2.5 Parmi les employés combien détiennent le diplôme suivant ?

	Hommes	Femmes
Doctorat en pharmacie	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.6 Quel est le budget du CSCOM ?.....

2.7 Quel est la personnalité juridique de votre CSCOM ?.....

II LES PRATIQUES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1. RECRUTEMENT

Au sein du CSCOM

1.1 Vous faites une description de poste dans les activités de recrutement ?

Oui

Non

1.2 Faites-vous appel à l'extérieur avant le recrutement?

Oui

Non

1.3 Selon vous, quel est le plus productif ?

Le recrutement externe

Le recrutement interne

Pourquoi?.....
.....
.....

1.5 Quels sont les principaux critères de sélection des candidats ?

.....
.....

1.6 Appliquez-vous

Le contrat de durée déterminée (CDD)

Le contrat de durée indéterminé (CDI)

Pourquoi?.....
.....
.....

2. FORMATION

Au sein du CSCOM :

2.1 L'utilisation de programme de formation spécifique permettant aux employés de remplir les exigences de leur poste

Oui

Non

2.2 Utilisez-vous des programmes de formation spécifique permettant aux employés de répondre au besoin futurs de l'organisation ?

Oui

Non

2.3 Quand vous optez pour une nouvelle stratégie (nouveau produit, nouveau marché, nouvelle machine) assurez-vous des formations pour votre personnel ?

Oui

Non

2.4 Utilisez-vous des programmes de formation générale ?

Oui

Non

Si oui quel type adoptez-vous ?

Formation interne

Formation externe

En quoi consiste ce programme de formation ?

.....
.....

Quelle est la part du budget consacré à cette formation ?

.....
.....

3-REMUNERATION

Au sein du CSCOM:

3.1 Quels sont les critères déterminants le niveau de salaire de vos employés?

.....

3.2 Sur quelle base vous vous appuyez pour procéder à des augmentations salariales ?

.....

3.3 L'octroi de prime individuelle pour le meilleur employé(les plus performants) est-elle une activité ?

Oui

Non

3.4 L'octroi de prime individuelle pour les responsables d'unités est-il une activité ?

Oui

Non

3.5 L'octroi de prime d'ancienneté aux employés est-il une activité ?

Oui

Non

3.6 L'octroi des ristournes à tous les employés est-il une activité ?

Oui

Non

Si oui, comment se fait le partage ?

.....
.....

3.7 Les avantages sociaux existent-ils?

Oui

Non

Si oui, quels sont ces avantages ?

.....
.....

3.8 Votre politique de rémunération motive-t-elle les employés ?

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très motivé

Motivé

Peu motivé

4-EVALUATION :

Au sein de l'établissement :

4.1 Vous évaluez le rendement de vos employés à partir des objectifs fixés par le CSCOM

Oui

Non

Si oui

L'évaluation du rendement de vos employé se fait chaque :

Jour

Moi

Trimestre

Année

Autre

4.2 Vous évaluez le rendement de vos employés à partir de leur comportement observé ?

Oui

Non

4.3 Vous évaluez le rendement de vos employés pour déceler les besoins en formation

Oui

Non

4.4 Vous utilisez des critères d'évaluations précis dans l'appréciation du rendement

Oui

Non

5. COMMUNICATION

Dans le CSCOM

5.1 La consultation régulière avec les employés est une activité

Oui

Non

.

5.2 La résolution des problèmes se fait à travers

Cellules syndicale

Administrativement

Autres.....

6. INFORMATION

Dans le CSCOM, partagez-vous avec les employés

6.1 Les informations relatives aux décisions stratégiques

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très informés

Informé

Peu informé

6.2 Les informations relatives aux nouveaux produits ou services

Oui

Non

6.3 Les informations financières (par exemple les rapports annuels)

Oui

Non

Si oui à quel degré ?

Très informés

Informé

Peu informé

7-GESTION SOCIALE :

Dans votre établissement :

7.1 Quelles sont les dispositions pour la prise en charge des accidents de travail ?

.....
.....

7.2 Quels sont les procédures de licenciement ?

.....
.....

7.3 Comment vous gérez les conflits interpersonnels ?

.....
.....

7.4 Avez-vous un fond pour les événements sociaux de vos employés ?

Oui

Non

7.5 Le climat social est-il ?

Très mauvais Mauvais Moyen Bon Très bon

7.6 La qualité des relations sociales entre les employés est-elle ?

Très mauvais Mauvais Moyen Bon Très bon

7.7 Le taux d'absentéisme des employés est-il ?

Très faible faible Moyen élevé

8- GESTION DES CARRIERES

8.1 Vous disposez un plan de carrière pour les employés au sein Du CSCOM ?

Oui

Non

8.2 Vous discutez du plan de carrière avec les employés ?

Oui

Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONE

Prénom : ALASSANE

Section : Pharmacie

E-mail : alassane.kone86@yahoo.fr

Titre de la thèse : Etude des pratiques de gestion des Ressources Humaines au niveau des centres de santé communautaire (CSCOM) : cas des CSCOM de la ville de Kati.

Nationalité : Malienne

Date et lieu de naissance : 17 septembre 1989 à Kati

Année universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gestion et législation pharmaceutique.

Résumé : La Gestion des ressources humaines occupe une place non négligeable en milieu de santé communautaire. Nous avons effectué une étude transversale de type descriptive allant de Janvier à Septembre 2017 dans 4 centres de santé communautaire.

L'objectif général de cette étude était d'améliorer les activités déterminant la GRH dans les centres de santé communautaire.

On a travaillé sur un échantillon de quatre (4) CSCOM et 16 personnes des membres des ASACO. à partir des observations au terme de cette étude ils ressort dans les 4 CSCOM étudiés, 75% font une description de poste, 56,25% font une annonce à l'extérieurs, tous ont en commun les critères de présélection basé sur l'âge, curriculum vitae (cv), casier judiciaire, aptitude physique. tous les CSCOM font la formation générale, 87,5% ont le programme de formation spécifique pour remplir les exigences de poste, 56,25% font la formation dans le cadre des nouvelles stratégies ainsi que la formation générale, 93,75% des CSCOM enquêtés ne donnent pas la prime individuelle pour les responsables d'unité, 62,25% ne donnent pas la prime d'ancienneté, 93,75% sont motivé par leur politique de rémunération, 50% font l'évaluation du rendement des employés dans le cadre des objectifs fixés ainsi que l'évaluation à partir du comportement observé et l'évaluation du rendement.

Mots clés : Pratique, gestion des ressources humaines, Centre de santé communautaire.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maitres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens, et de mes condisciples : D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ; D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ; De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ; Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !