

Ministère des enseignements secondaire
Supérieur et de la recherche scientifique

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d' Odontostomatologie



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N°...../2008

TITRE

**EVALUATION DU CSCOM BONIABA (DE
BOZOLA, DE NIARELA ET DE
BAGADADJI) AU TERME DE 5 ANS
D'ACTIVITES 2002-
2006**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le devant la Faculté de
médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Par

Mme **DEMBELE Ramatoulaye COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en pharmacie (diplôme d'Etat).

JURY

PRESIDENT : Pr. Moussa HARAMA
MEMBRE : Dr. Saibou Maiga
CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr Mahamadou DIAKITE
DIRECTEUR DE THESE : Pr. Amadou DIALLO

2007 – 2008

DEDICACES

Je dédie ce travail

Gloire à Dieu, Le Seigneur de l'Univers, L'Unique, Celui qui subsiste par Lui -Même ;
Au Prophète Mohamed (P.S.L) et à toute la Uma islamique adhérence.

« Lis, au non de ton seigneur qui a créé l'homme d'une adhérence. Lis ! Ton seigneur
est le très noble qui a enseigné par la plume à l'homme ce qu'il ne savait pas. »

Sourate 96 versets 1-5.

A ma mère Sira,

Douce, tendre, prévenante ; courageuse mère.

Tes peines, tes sacrifices, tes privations n'ont pas de mesure à mes yeux.

Aucun dictionnaire ne suffit à exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

La meilleure des récompenses est auprès de Dieu.

A mes mères Rokia et Sadio,

Puisse Dieu vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour moi.

En signe d'affection.

A mon père Salikènè Coulibaly, (In memorium)

Toi qui as toujours su conseiller que c'est par le travail que l'homme conquiert sa
dignité ; toi qui as été un exemple de courage, travailleur infatigable , prévenant.

Puisse ton âme reposer en paix. Amen.

A mon frère Ousmane Bekaye, (In memorium)

Toi qui as mis la fraternité au dessus de tout ; toi qui fus un bon conseiller pour nous
tous ; toi qui avais vraiment l'amour du travail bien fait et de la justice.

Puisse ton âme reposer en paix.

A mes frères et sœurs,

Ce travail est aussi le vôtre.

Restons unis pour l'amour de Dieu.

Sentiments fraternels.

A mes tantes et oncles,

En témoignage de toute mon affection.

A mon époux Youssouf Dembélé,

Merci pour tous les sacrifices que tu as consentis pour l'aboutissement de ce travail.

La meilleure des récompenses est auprès de Dieu. Trouve ici l'expression de mon
amour.

A mon frère Mohamed,

Toi qui m'as si bien encouragée et soutenue durant mes études ; toi qui as le sens du
courage, de la fraternité ; puisse Dieu te récompenser pour tout ce que tu as fait pour
nous.

A mon fils Mamadou,
Puisse ce travail être un exemple pour toi ; puisse Dieu t'assister durant toute ta vie.
Que Dieu te donne longue vie.

Témoignage d'amour de la mère.

A mes neveux et nièces,
Puisse ce travail être un exemple pour vous tous. Que Dieu vous donne longue vie.
Que Dieu vous assiste.

A mes cousins et cousines, beaux-frères et belles sœurs,
Pour l'amour de la famille africaine.

A la LIEEMA (Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali) :
« Unissez-vous par le lien de Dieu et ne vous divisez point » Sourate 3 verset 103.

A mon beau père,
Pour ton exemple de sagesse qui force le respect.

A ma belle mère,
Toi qui as toujours su partager mes moments de joie et de tristesse.
En signe d'affection.

REMERCIEMENTS :

A tous mes maîtres d'école,
Pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensée.

Au corps professoral de la FMPOS,
Pour tout l'intérêt que vous accordez aux étudiants, en plus du savoir transmis.

A tous mes amis,
Votre attention à mon égard m'a comblée. Trouvez ici toute ma gratitude.

Anonymes

A tous ceux qui, à travers un parent, un ami, une relation quelconque, m'ont aidé pour l'aboutissement de ce travail.

Merci pour votre précieuse contribution.

A mes camarades de promotion
Puisse ces moments passés ensemble nous aider à mieux collaborer à l'avenir.

**Hommage
Aux
Membres du jury**

A notre Maître et président du jury Professeur Moussa Harama,

Professeur en Chimie Analytique et en Chimie Organique :

Cher maître :

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons bénéficié de votre qualité pédagogique ; en plus de vos ressources scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines. Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse de vos cours. Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer à travers ce travail toute notre affection et notre profonde gratitude. Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et membre du jury Docteur Saïbou Maïga :

Assistant en législation pharmaceutique

Membre du comité d'éthique à la FMPOS

Pharmacien titulaire de l'officine du point G.

Cher maître :

Votre disponibilité ; votre simplicité ; votre rigueur scientifique ; votre désir à transmettre aux autres vos large connaissance et vos compétences technique font de vous un homme de science apprécié.

Veuillez trouver ici notre profond respect et nos sincères remerciements. C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

A notre Maître et co-directeur de thèse :

Docteur Mahamadou Diakité

Maître assistant en immunologie ; Chargé de cours d'Immunologie à la FMOPS :

Cher maître :

Votre souci du travail bien fait, votre simplicité alliée de votre modestie, votre esprit d'humilité et vos valeurs morales et scientifiques constituent à nos yeux une source d'inspiration. Trouver ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Professeur et directeur de thèse.

Professeur Amadou Diallo : Vice recteur de l'université de Bamako ;

Professeur chargé des cours de biologie animale et de zoologie à la FMPOS ;

Cher maître :

Votre rigueur scientifique et votre engagement pour une meilleure formation des étudiants nous ont beaucoup impressionnés.

A maintes occasions nous avons apprécié vos qualités scientifiques et humaines.

Vous nous faite honneur en acceptant de présider ce jury.

Veuillez croire cher professeur à l'expression de notre reconnaissance

ABREVIATIONS :

GE : Goutte épaisse

LCR : Liquide céphalo rachidien

ASACO : Association de santé communautaire

AG : Assemblée Générale

CA : Conseil d'administration

BE : Bureau exécutif

CG : Comité de Gestion

PMI : Protection Maternelle et infantile

CPN : Consultation prénatale

CPOSTN : Consultation post natale

TA : Tension Artérielle

NFS : Numération Formule sanguine

BAAR : Bactérie alcoolico acido-résistant

IDE : Infirmier diplômé D'Etat

DCI : Dénomination Commune internationale

SF : Sage Femme

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

FV : Frottis vaginal

ORL. : Ortho Rhino Laryngologie.

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'Informatique

PEV : Programme élargi de vaccination

BW :

POK :

SOMMAIRE	PAGES
1. INTRODUCTION	01
1.1. Objectifs	02
1.1.1. Objectif général	02
1.1.2. Objectifs spécifiques	02
2. GENERALITES	03
2.1 Les quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji	03
2.1.1. Situation géographique	03
2.1.2. Structures sociaux sanitaires	03
2.1.3. Activités économiques	03
2.1.4. Conditions de vie	04
2.2. Historique	04
2.2.1. Historique du centre de santé	04
2.2.2. Création de ASACO BONIABA.	04
2.2.3. Présentation de l'ASACO	05
2.2.4. Organigramme	09
2.2.5. Bénéficiaires du centre	10
2.2.6. Adhérents du centre	10
2.2.7. Statuts de l'ASACO BONIABA	10
2.3. Le centre de santé	15
2.3.1. Infrastructures et personnel	15
2.3.2. Organisation générale	20
2.3.3. Circuit du malade	25
2.3.4. Déroulement des activités	26
3. METHODOLOGIE	31
3.1. Période de l'étude	31
3.2. Cadre de l'étude	31
3.3. Type d'étude	31
3.4. Supports utilisés	32
3.5. Analyse des données	32
4. EVALUATION	33
4.1. Evaluation après 5 ans d'activités	33
4.1.1. Evaluation technique	33
4.1.2. Evaluation financière	57
4.1.3. Evaluation d'opinion	63
a. Analyses	
b. Comparaison avec d'autres expériences	
4.2. Résultats	67
4.3. Commentaires et discussion	84
5. CONCLUSION	87
6. RECOMMANDATIONS	89

1. INTRODUCTION

Les conséquences de l'ajustement structurel au Mali ont conduit le ministère de la santé publique et des affaires sociales à limiter le recrutement par la fonction publique des jeunes médecins et pharmaciens sortant de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS), et à autoriser l'exercice privé des services sanitaires.

Les différents textes autorisant cette pratique sont disponibles depuis 1986.

Depuis lors, le système de santé malien est entré dans une nouvelle dynamique, et n'a cessé d'accueillir des expériences novatrices tendant à mettre en place des formations sanitaires privées répondant aux besoins spécifiques d'une population de plus en plus croissante, surtout en milieu urbain.

Vu cette croissance démographique exponentielle de la population, les hôpitaux et les centres de santé de référence ne pouvaient plus répondre aux exigences des services sanitaires.

Ainsi, pour trouver une solution à cette situation d'engorgement et de pléthore, avec parfois des décès constatés à l'arrivée des malades, ou au sein des structures, l'Etat, dans la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé, en 1990, a, en plus de l'existant, envisagé la mise en place des structures de santé communautaires appelées CSCOM.

Les centres de santé communautaires (CSCOM) sont des centres dont la totale gestion revient de droit à la communauté, qui doit faire preuve de bonne gestion de son outil de promotion de sa santé, le CSCOM. L'intervention de l'Etat est quasi nulle, la communauté se charge :

- ❑ Avec l'appui soit du fond des collectivités, soit à travers un partenariat bilatéral (ONG, institution de finance) soit sur fonds propre, de la construction de la structure.
- ❑ Du recrutement et de l'indemnité du personnel soignant du CSCOM
- ❑ De la bonne gestion des ressources générées par les activités de soin
- ❑ De fixer les tarifs des différents actes de prestations fournies par le centre (curatif, promotionnel et le préventif)

La première expérience fut celle du quartier de Banconi à Bamako, en mars 1989.

Cette expérience fut très concluante par l'adhésion des populations aux soins de proximité et par la participation de cette même communauté à la gestion de sa propre santé.

De même que les expériences d'installations des médecins de campagnes surtout dans les zones cotonnières du pays et la région d'immigration de Kayes permettront sans nul doute au renforcement de la qualité du service presté au niveau des structures communautaires de santé.

Dans la même démarche tendant à développer une médecine accessible au pouvoir économique des populations tout en répondant aux exigences de qualité de toute structure sanitaire, a vu le jour le centre de santé communautaire de Bozola appelé ASACO BONIABA. Le centre de santé de Bozola couvre 3 quartiers de la commune II du district de Bamako, les quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji, d'où le nom BONIABA prenant les deux premières lettres de chaque quartier.

Pour ainsi apprécier l'impact des activités du centre de santé de BONIABA sur sa population couverte nous avons initié cette étude qui vise les objectifs suivants:

1.1. Objectif général :

Etudier les activités du centre de santé communautaire de BONIABA.

1.2. Objectifs spécifiques:

- a) Analyser la perception de la population sur le fonctionnement de leur CSCOM.
- b) Analyser le coût de la consultation et du traitement dans le CSCOM.
- c) Analyser la situation financière du CSCOM.
- d) Analyser la prise en charge des personnes démunies dans le CSCOM.

2. GENERALITES :

2.1 Les quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji :

2.1.1 Situation géographique:

Les quartiers de Bozola, de Niaréla et de Bagadadji sont des quartiers de la commune II, situés sur la rive gauche du fleuve Niger. Ces quartiers sont les plus anciens de la ville de Bamako et furent créés par les Niaré avant la pénétration française au Mali. Ces trois quartiers sont contigus et séparés par des ruelles. Sur le plan urbanisation, ils se caractérisent par des rues étroites, des maisons de style soudanien dont la plupart sont en banco. Le bambara reste l'ethnie la plus dominante du fait de cette origine des familles fondatrices.

Ces trois quartiers représentent le point de départ de l'agrandissement de la ville de Bamako.

2.1.2 Structures Socio-Sanitaires et les officines de pharmacie :

Les structures de santé de la commune II sont de 4 types :

- **Les structures étatiques** représentées par le centre national de transfusion sanguine (Banque de Sang) à Quinzambougou et le centre de santé de référence de la commune II à Missira.
- **La structure para publique** pour les travailleurs affiliés à Institut National de Prévoyance Sociale au quartier de Niaréla
- **Les structures privées** qui sont représentées par les cliniques privées, les laboratoires d'analyse privés et les cabinets privés de soins. Les officines privées pour la vente de produits pharmaceutiques sont au nombre de six.
- **Les structures de soins communautaires, ou CSCOM**, au nombre de deux. Le centre de santé communautaire de BONIABA est l'une des structures sanitaires de la commune II qui prodigue des soins de santé à la population de Bozola, Niaréla et Bagadadji.

2.1.3. Les activités économiques

Les quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji sont des quartiers dont la plus grande activité économique est le commerce. On y réalise également le maraîchage et la pêche le long du fleuve Niger comme des activités complémentaires génératrices de revenu pour la population. Cette activité est basée surtout sur les légumes. L'élevage y est très peu pratiqué.

2.1.4. Conditions de vie :

A. Condition d'assainissement des quartiers :

Ces quartiers sont caractérisés par une mauvaise condition d'hygiène et d'assainissement qui résulte de leurs caractéristiques de quartiers très anciens et parfois non lotis. En plus, l'un des plus grands collecteurs d'eau usée et de pluie de la ville de Bamako, passe par le quartier de Niaréla. Ce qui entraîne une pullulation de nombreux vecteurs de maladies dans ces quartiers et rendant le cadre de vie indécemment à l'épanouissement de la santé.

B. Organisation sociale :

La collectivité chapote la commune toute entière et se compose du maire et ses conseillers élus par voie d'urne.

Les organisations coutumières et religieuses se confondent du fait de l'origine ancienne de ces quartiers. Chaque quartier a un chef de village avec ses conseillers, ensuite les maîtres coraniques représentés par les Touré et les Kallé. Comme dans la plupart des communes du pays, l'Islam reste la religion dominante, ou 90% de la population se réclame être musulmans.

2.2. Historique

2.2.1 Historique du centre de Santé BONIABA

Depuis son adoption le 15 décembre 1990, la politique sectorielle de santé de la population du Mali a autorisé la création des centres de santé communautaires (CSCOM) à travers tout le pays. Le CSCOM de Banconi fut le 1^{er} centre de santé communautaire fonctionnel depuis mars 1989. Aujourd'hui on en compte 632 CSCOM.

Les CSCOM ont pour rôle d'assurer la gestion des problèmes de santé du premier niveau (niveau village ou quartiers dans les villes) tout en dispensant des soins de qualité aux populations.

2.2.2 Création de l'ASACO BONIABA :

Créé en 1994, le centre de santé Boniaba est un service sanitaire dont la construction fut financée par la Coopération Angevine ; la ville d'Angers en France est jumelée à celle de Bamako depuis une trentaine d'années. Ce jumelage a pour but d'aider la population de Bamako à avoir un accès aux services essentiels de

base (santé, éducation, eau potable, collectivité décentralisée). Ainsi, les premiers matériaux de construction furent fournis par la ville d'Angers.

Le CSCOM compte de nos jours **14 agents de santé** dont :

- 2 médecins,
- 1 sage- femme,
- 1 infirmier diplômé d'état
- 1 infirmier de premier cycle,
- 1 technicien de laboratoire,
- 3 matrones,
- 1 aide soignante,
- 1 aide technicien de laboratoire,
- 1 gérant de dépôt de produits pharmaceutiques,
- 1 comptable,
- 1 aide comptable.

Les unités disponibles sont:

- Le dispensaire
- la maternité,
- le centre de suivi des enfants sains,
- le dépôt de vente des médicaments
- le laboratoire
- la comptabilité

2.2.3 Présentation de l'ASACO BONIABA:

A. Les Aspects Institutionnels :

- Le statut :

L'ASACO BONIABA est une association à but non lucratif, déclarée auprès du Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, ainsi qu'auprès du Ministère de la Santé.

Construite par la coopération Angevine, L'ASACO BONIABA dispose de la personnalité morale et de son autonomie de gestion. Les grandes décisions qui la concernent doivent être prises au niveau de ses instances dirigeantes.

B. Aspects techniques :

Le centre est dirigé par un médecin chef, qui assure la responsabilité de tous les actes médicaux, obstétricaux réalisés au sein du centre. Le médecin chef est tenu de faire respecter les droits et devoirs des patients que reçoit le centre. Il est le garant de la qualité des soins qui y sont dispensés.

Il veille à ce que les cas compliqués soient rapidement évacués vers des services compétents.

Chaque semaine, le médecin chef réunit l'ensemble de son personnel pour une réunion de synthèse portant sur les activités de la semaine et le fonctionnement du centre.

Le centre comprend:

- ✓ **Un dispensaire** où sont effectuées les consultations de médecine générale. Le dispensaire englobe aussi l'**unité de soins infirmiers**. Cette unité peut faire appel au médecin pour les cas compliqués.
- ✓ **Une maternité** dirigée par une sage-femme qui effectue les consultations prénatales, les accouchements, les consultations post-natales et les consultations de planning familial. La maternité contient aussi l'**unité de suivi des enfants sains**, qui procède à la visite systématique des enfants sains pour apprécier leur développement physique et à leur vaccination.
- ✓ **Un laboratoire d'analyses biomédicales** dirigé par un technicien supérieur de laboratoire.
- ✓ **Un dépôt de vente** de médicaments dirigé par un gérant.

C. Les Aspects Organisationnels

L'ASACO BONIABA est organisée autour de 4 instances :

a) L'Assemblée générale (AG):

L'AG est l'instance suprême de l'association. Elle définit la politique générale de l'association. Elle est convoquée une fois par an en session ordinaire par le Bureau Exécutif. L'AG approuve le bilan moral et financier du Bureau exécutif, adopte le programme annuel d'activités, vote le budget annuel, fixe le montant des cotisations et la tarification des prestations offertes par le centre, décide des modifications du statut de l'association, élit les membres du Bureau Exécutif et prononce les sanctions.

b) Le conseil d'administration CA :

Le CA comprend les membres en association générale pour une durée de 3 ans renouvelables. Le CA exerce les pouvoirs nécessaires à son fonctionnement. Il convoque l'AG et fixe l'ordre du jour de ses travaux.

Il élabore le projet de budget et le programme d'activités de l'association. Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la demande de la majorité de ses membres.

c) le Bureau Exécutif :

Le Bureau Exécutif comprend des membres élus et des membres de droit. Sont élus par l'Assemblée Générale pour une période de 3 ans renouvelables

Les membres suivants :

- ✓ Le Président
- ✓ Le Vice-Président
- ✓ Le secrétaire administratif et son adjoint
- ✓ Le Trésorier et son adjoint
- ✓ Deux commissaires aux comptes
- ✓ Le secrétaire à l'organisation et son adjoint
- ✓ Le secrétaire à l'information et son adjoint

Les membres de droit sont choisis par l'AG et n'ont qu'une voix consultative.

Le BE exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'association dans le cadre de la politique définie par l'AG.

Le Président du BE est le représentant légal de l'association. Il préside les assemblées générales et les réunions du BE.

Le secrétaire administratif tient le secrétariat du BE et de l'AG et est responsable des archives.

Le trésorier est le responsable des fonds. Il veille à l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers de l'association. Il procède à l'ouverture de tout compte bancaire et contre signe les sorties de fonds avec le Président.

Les commissaires aux comptes sont chargés de la vérification des comptes de l'association et en font un rapport à l'AG.

d) Le comité de gestion :

Il a pour mission de suivre le fonctionnement du centre et de prendre les décisions qui s'imposent conformément à celles qui ont été prises par le conseil d'administration.

Il se réunit au moins une fois par mois et aussi souvent sur simple convocation de son président.

- Les Services Techniques :

Le centre de santé BONIABA est dirigé par son médecin chef à côté duquel travaillent les autres agents.

Les différentes structures fonctionnelles du centre de santé sont constituées en unités, dirigées chacune par un responsable désigné par le médecin chef. Le personnel travaillant dans une unité donnée est placé sous la responsabilité de l'unité. Chaque responsable d'unité rend compte du déroulement de ses activités au médecin chef de façon hebdomadaire.

2.2.4. Organigramme de gestion du centre :

Le centre de santé communautaire de l'ASACO BONIABA est structuré selon l'organigramme suivant :

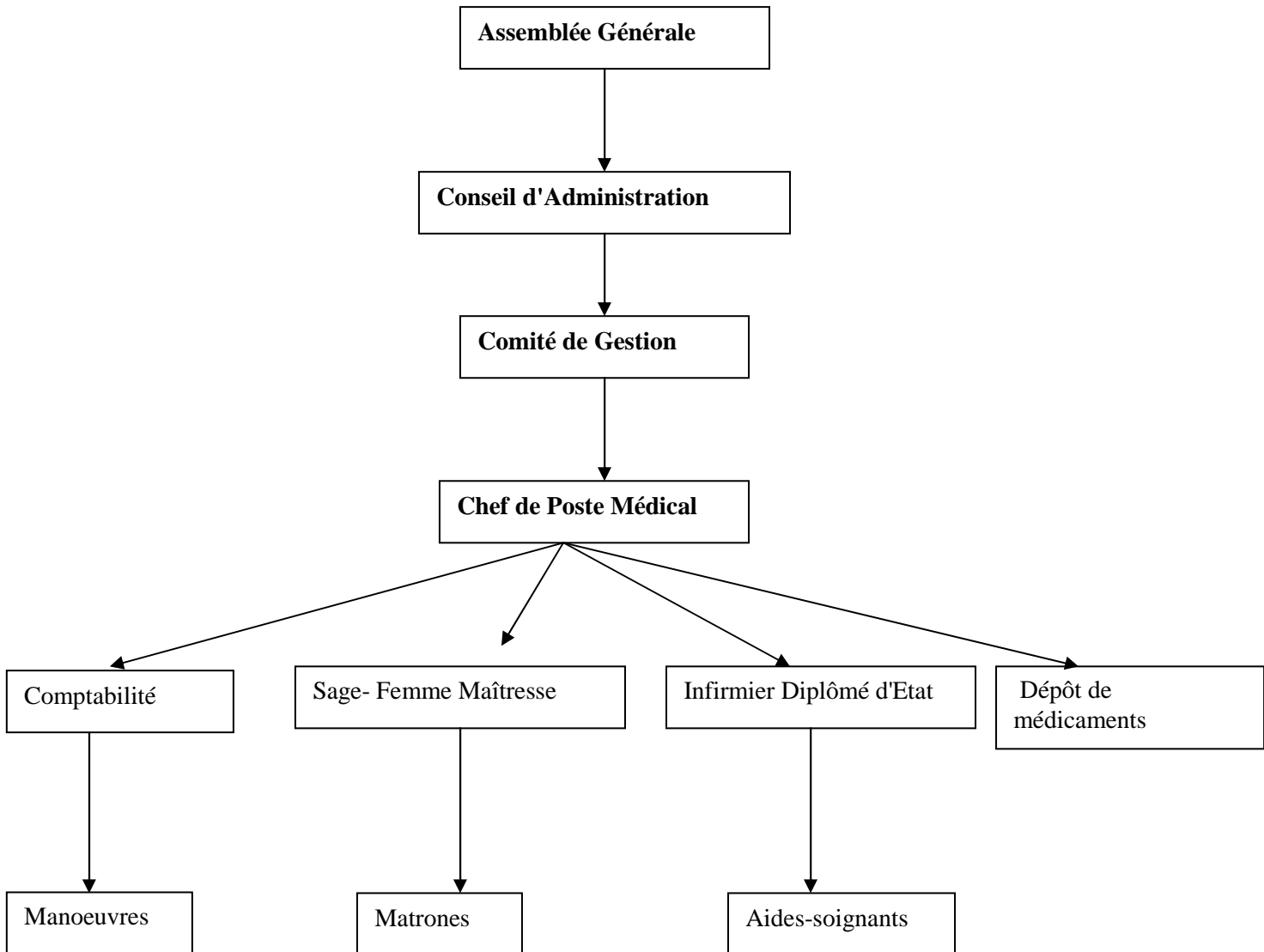


Figure1 : Organigramme de l'ASACO BONIABA

2.2.5. Les Bénéficiaires du centre :

L'accès au centre est ouvert à tous ceux qui le désirent, qu'ils soient adhérents ou non à l'ASACO BONIABA. Ils bénéficient tous, du même soin. Les non adhérents doivent cependant s'acquitter des tarifs supérieurs à ceux octroyés aux adhérents.

2.2.6. Les adhérents de l'ASACO BONIABA :

Le centre est ouvert à toute personne qui désire bénéficier de ses services.

Chaque chef de ménage résidant dans l'un des trois quartiers composant l'association peut adhérer à celle-ci. Il doit pour cela, présenter un document (certificat de résidence) attestant son appartenance à la zone concernée.

Il devra s'acquitter à ce titre d'une carte d'adhésion et verser une cotisation annuelle dont le montant est actuellement sept cent cinquante (750 F CFA).

Il bénéficie en échange des avantages offerts par l'ASACO BONIABA, ainsi que ses ayant droits qui sont inscrits sur la carte d'adhésion:

- ✓ Epouses
- ✓ Enfants
- ✓ Parents
- ✓ Autres personnes à sa charge.

Mais d'autres personnes n'habitant pas dans les trois quartiers concernés peuvent adhérer en payant la carte d'adhésion.

2.2.7 Statuts de l'ASACO BONIABA

Titre 1 : De la création

Préambule :

En vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de l'état de santé de la population des quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji il a été créé un centre de santé communautaire dénommé : Association de santé communautaire de Bozola Niaréla et Bagadadji « ASACO BONIABA. ».

L'ASACO BONIABA est une association à but non lucratif qui possède :

- sa personnalité juridique,
- sa durée est illimitée.

Son siège est au centre de santé de Bozola. Bamako République du Mali.

Titre 2 : Des buts

Article 1 :

L'ASACO BONIABA a pour but :

- ❑ de faciliter l'accès des populations des différents quartiers environnants aux soins de santé essentiels qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou pro motif.
- ❑ De susciter la participation active et responsable des populations pour protéger et améliorer leur état de santé

Titre 3 : Des membres

Article 2 :

L'ASACO BONIABA se compose de :

- ❑ Membres d'honneur ;
- ❑ Membres bienfaiteurs ;
- ❑ Membres actifs ;

Est membre d'honneur, toute personne qui aura rendu des services exceptionnels à l'ASACO.

Est membre bienfaiteur, toute personne physique ou morale qui apporte son soutien à l'ASACO.

Article 3 :

Toute exclusion est d'abord provisoire et ne devient définitive qu'après confirmation de l'AG sur proposition du conseil d'administration (CA) après audition du membre incriminé.

Titre 4 : Des organes

A. L'assemblée générale (AG)

Article 4 :

L'AG est l'instance suprême de l'association.

Elle définit la politique générale de l'association.

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le CA.

Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du CA ou à la demande des 2/3 de ses membres actifs.

Article 5 :

L'AG :

- adopte son ordre du jour sur proposition du CA
- approuve le rapport moral et financier du CA
- adopte le programme annuel d'activités
- vote le budget annuel d'activités
- fixe le montant des cotisations et tarification des prestations produites par l'association

- fait toute proposition concernant l'organisation ; la gestion ; et le développement des activités de l'association ; et charge le CA des missions diverses ;
- élit les membres du CA ;
- prononce les sanctions.

Article 6 :

L'assemblée générale doit pour délibérer valablement réunir la moitié de ses membres. Sauf pour les modifications des statuts ; les décisions sont prises par la majorité des membres présents. Chaque membre dispose d'une voix.

Au cas où le quota n'est pas atteint après 2 convocations consécutives ; l'AG pourra délibérer valablement quelque soit le nombre des membres présents.

B. Le conseil d'administration (CA) :

Article 7 :

Le CA comprend des membres élus ; des membres de droits (maire, médecin chef) et des membres nommés.

Article 8 :

Le CA exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'association dans le cadre de la politique défini par l'AG.

Il adopte le projet et propose l'ordre du jour de ses travaux.

Il désigne le comité de gestion (CG) :

Article 9 :

Désigne pour une durée de 3 ans renouvelable par le conseil d'administration il élabore le projet de budget et le programme d'activités du centre qu'il soumet au conseil d'administration et l'exécute après adoption. Il se réunit au moins une fois par mois.

Titre 7 : Des ressources

Les ressources de l'association proviennent : de la vente des cartes de membres, des prestations effectuées par le centre, de la vente des médicaments

- des subventions des pouvoirs publics ; des œuvres de bienfaisances ; d'organisations nationales et internationales et des dons.

Article 23 :

L'exercice financier commence le 1er janvier et clôt le 31 décembre de chaque année.

Article 24 :

Le conseil d'administration met à la disposition du CG le budget de fonctionnement courant du centre et de ses activités.

Titre 8 : Modification des statuts et dissolution**Article 25 :**

Toute proposition de modification des statuts de l'association doit être notifiée par écrit au CA au moins trois mois avant une AG. Le CA est tenu d'en informer les membres de l'association au moins trente jours avant l'AG.

Les propositions de modifications des statuts sont à adopter par l'AG à la demande des 2/3 des membres.

Article 26 :

La dissolution de l'association ne peut intervenir que par décision de l'assemblée à la majorité des 2/3 des membres dans ce cas l'AG détermine la dévolution des biens disponibles.

4. Règlement intérieur de l'ASACO BONIABA**Article 1 : Des dispositions générales.**

Le présent règlement intérieur permet :

- ✓ de compléter et préciser de façon plus détaillée certaines dispositions des statuts de l'ASACO BONIABA ;
- ✓ de décrire les modalités de fonctionnement et de gestion du centre de santé communautaire (CSCOM).

Article 2 :

Le budget de l'association est voté par l'AG sur proposition du bureau exécutif. Le président de l'association en est l'ordonnateur. Cependant, l'ensemble du budget de fonctionnement à l'exception des salaires, est délégué à la seule signature du médecin chef du CSCOM.

Le trésorier général de l'association est le comptable.

Article 3 :

L'exclusion de l'association est prononcée par l'AG pour toute faute mettant en péril le devenir de l'association ou pour violation manifeste des statuts ou du règlement intérieur de l'association :

- Tout acte médical illégal effectué dans le cadre des activités du CSCOM.

- ❑ Toute malhonnêteté (détournement, pot de vin, manipulation de trésorerie) dans la gestion des fonds de l'association ou dans l'utilisation du système de recouvrement des fonds ;
- ❑ Tout acte de violence dans l'enceinte ou à proximité de locaux de l'association.

Le bureau exécutif a la possibilité de prononcer à deux reprises un avertissement le troisième entraînant immédiatement la procédure d'exclusion.

Titre II :

Article 4 :

Le CSCOM de BONIABA est une formation sanitaire dont le rayon d'action porte sur l'ensemble de la zone géographique des quartiers de Bozola ; Niaréla et Bagadadji.

Article 5 :

La direction du CSCOM est confiée à un chef de poste médical qui peut être soit un médecin ou un infirmier de santé.

Il lui appartient de veiller à ce que le centre, ses objectifs se conforment aux décisions du B.E à l'exception de celle statuant sur les problèmes lui concernant.

En cas de conflit avec le B.E et en l'absence de tout consensus le problème sera soumis à une commission de sage de 3 membres qui sera nommée d'un commun accord entre les deux parties. En l'absence d'accord une réunion exceptionnelle de l'AG sera invitée à prendre une décision.

Article 6 :

Le centre fonctionnera comme une structure ayant une gestion autonome et cherchant à s'autofinancer.

Article 7 :

Peuvent bénéficier des prestations du CSCOM toutes personnes qui s'y rendent pour solliciter ses services .Elles doivent pour cela s'acquitter d'une contribution financière concrétisée par l'achat d'un ticket dont le montant est défini chaque année par l'AG sur proposition du BE.

Cependant toute personne habitant les trois quartiers et disposant d'une carte de membre de l'association valide pour l'année en cours bénéficiera ainsi que son ayant droit d'un tarif préférentiel également défini par l'AG.

Sont considérés comme ayant droit :

- le ou les conjoints du titulaire de la carte ;

- ses père et mères légitimes ;
- ses enfants légitimes
- le nom de chaque ayant droit doit être inscrit sur la carte de l'ASACO BONIABA.

2.3. Le Centre de Santé :

2.3.1. Les infrastructures et le personnel :

2.3.1.1 Les infrastructures :

Le centre de santé est situé dans les locaux qui lui appartiennent, et regroupent trois bâtiments

Le **premier bâtiment** contient à son sein la **maternité** avec ses différentes salles:

- 1 salle de garde
- 1 salle de travail,
- 1 salle d'accouchement
- 2 toilettes pour les malades

Le **second bâtiment est le dispensaire** et comprend:

- 2 bureaux de consultations pour les médecins,
- 1 bureau pour l'infirmier major ;
- 1 salle pour les soins des malades venus en consultation
- 1 salle d'attente
- 1 laboratoire
- 1 dépôt de vente des médicaments
- 2 toilettes pour le personnel du centre

Le **troisième bâtiment est celui de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)**

ou l'unité Santé de la Reproduction qui comprend:

- 1 salle de consultation prénatale,
- 1 salle post- natale,
- 1 salle pour le planning familial,
- 1 salle d'observation,
- 1 véranda qui sert de lieu de vaccination,
- 1 magasin,
- 1 chambre pour le gardien,
- 1 hall d'attente.

a. Equipements

a.1 Les mobiliers

Le Bureau du médecin

- 1 chaise pour le médecin qui consulte,
- 1 bureau métallique,
- 1 table de consultation en bois,
- 2 chaises métalliques pour accueillir les malades,
- 1 armoire métallique pour l'archivage,
- 1 réfrigérateur,

La salle d'attente du médecin

- 3 bancs métalliques pour la salle d'attente

Le Bureau de la sage-femme

- 1 table de bureau métallique,
- 1 armoire en bois servant de garde blouses et d'archivage,
- 2 chaises métalliques pour accueillir les femmes venues en consultation.

La Salle d'attente de la consultation sage- femme

- 3 bancs en bois pour l'accueil des malades.

La Salle de garde

- 2 lits métalliques dotés de matelas en bon état, servent pour le repos de l'équipe de garde.

La Salle d'accouchement

- 2 tables d'accouchement en bon état avec une alèse chacune,
- 1 table métallique avec alèse pour les soins du nouveau-né,
- 1 chaise métallique pour l'agent accoucheur.

Salle d'observation des femmes en post partum immédiat

- 4 lits métalliques avec des matelas en bon état.

L'infirmierie

- 1 chaise pour l'infirmier major,
- 1 chaise métallique,
- 1 armoire métallique à deux battants,
- 1 paravent entre le bureau de consultation et la table de consultation.

Le Bureau du comptable:

- 1 chaise pour le comptable,
- 2 chaises métalliques,
- 1 armoire métallique à deux battants.

La Salle d'observation des malades

- 4 lits métalliques avec des matelas en bon état.
- 4 potences.

Le Dépôt de Vente des médicaments

- 2 tables métalliques servant de bureau au gérant,
- 2 étagères métalliques pour exposer les médicaments,
- 1 chaise métallique.

a. 2. Matériel médical :**Bureau des médecins**

- 1 lit d'examen en bois avec un matelas en bon état,
- 2 stéthoscopes biauriculaires en bon état,
- 1 sphygmomanomètre en bon état,
- 1 boîte à pansement avec couvercle contenant (1 pince à dissection, un ciseau droit, une pince hémostatique courbe),
- 1 spéculum,
- 2 pinces hémostatiques à griffe et sans griffe,
- 10 lames chirurgicales,
- 1 boîte à curetage contenant (1 spéculum, 2 curettes à bout mousse, 3 pinces hémostatiques),
- 1 pèse personne en bon état.

L'infirmierie

- 1 sphygmomanomètre en mauvais état
- boîtes à pansement contenant chacune (3 ciseaux droits, 2 pinces hémostatiques droits de Kocher, 2 pinces à disséquer avec griffes)

La maternité

- 2 lits d'accouchement,
- 1 pèse bébé,
- 1 sphygmomanomètre en bon état,

- 1 stéthoscope biauriculaire,
- 1 stéthoscope obstétrical en aluminium,
- 2 tambours contenant (des produits injectables, du coton,)
- 1 haricot,
- 1 bocal à lavement colique évacuateur,
- 2 boîtes d'accouchement contenant chacune (2 paires de ciseaux droit, 2 pinces à disséquer, 2 pinces droites de Kocher et un stylet urétral),
- 1 pince à usage multiple plongée dans un bocal d'alcool,
- 1 poire pour désobstruer les voies ariennes supérieures du nouveau – né,
- 1 toise pour petit enfant,
- 1 mètre ruban pour mesurer la hauteur utérine,
- 1 bassin de lit métallique.

La Salle de consultation Périnatale

- 1 pèse personne,
- 1 table d'examen gynécologique,
- 1 sphygmomanomètre en bon état,
- 1 stéthoscope obstétrical,
- 1 tambour contenant quatre spéculums en inox,
- 1 mètre ruban,
- 1 Kit pour la recherche de l'albumine et le sucre dans les urines,
- 1 toise pour adulte.

2.3.1.2 Le personnel

Lors de notre étude, le personnel soignant du centre était de 14 agents :

- **Deux (2) médecins généralistes**, diplômés de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, responsables des services techniques. Ils effectuent les consultations de médecine générale et dirigent le travail des autres techniciens.
- **Un (1) infirmier d'état**, diplômé de l'école secondaire de la santé de Bamako. Il est chargé des soins infirmiers et remplace le médecin au service consultation en cas d'empêchement.

- **Un (1) infirmier de premier cycle**, aussi formé sur place dans les écoles de santé de Bamako. Il aide l'infirmier major du CSCOM et s'occupe des injections et pansements.
- **UNE (1) sage – femme**, titulaires du diplôme d'état de sage - femme. Elles dirigent l'ensemble des activités de la maternité et de la PMI sous la responsabilité du médecin. Une est la sage – femme maîtresse et la deuxième la seconde. Elles effectuent les consultations prénatales, les accouchements et les consultations post- natales avec l'aide des matrones. Pendant les heures de service, elles établissent les déclarations de naissance.
- **TROIS (3) matrones**, elles supplient la sage – femme dans toutes ses tâches. Comme les autres personnels elles sont formées sur place dans les structures de formation sanitaire.
- **Deux (2) aides – soignants**, qui comme les matrones sont des produits formés des différentes structures de formations sanitaires du pays. Ils s'occupent comme les infirmiers de soins infirmiers et de la vaccination.
- **Un (1) comptable et un (1) aide – comptable**, personnel administratif se chargent de la gestion des biens mobiliers, immobiliers et des fonds du centre.
- **Un (1) gérant de dépôt** des produits pharmaceutiques, diplômé de l'école secondaire de la santé. Il est chargé de la vente des médicaments, des tickets des différents actes prestés au CSCOM (consultation, accouchement, analyses laboratoire) et des cartes de membre.
- **Un (1) gardien**, responsable de la sécurité des bâtiments et les matériels qui s'y trouvent.

La prise en charge de ce personnel :

Les médecins, l'infirmier diplômé d'Etat (l'IDE) et la sage femme, sont en partie pris en charge sur fonds propre de l'ASACO. Ils sont recrutés sur concours.

Chaque personne dispose d'un congé annuel de 30 jours payant et après une demande et un avis favorable du médecin chef de poste.

Toutes fois, ils peuvent obtenir des autorisations d'absence ne dépassant pas une semaine pour des différents événements sociaux (décès, baptême, maladie).

2.3.2. Organisation générale du centre :

A. Le déroulement des activités menées par le centre

Le centre de santé communautaire mène des activités curatives, préventives et promotionnelles (sensibilisation à l'endroit des malades)

La consultation :

- Les consultations de médecine générale sont menées par un docteur en médecine, parfois par un infirmier major. Une vingtaine de patients sont vus en moyenne par jour.
- Les consultations prénatales sont effectuées par la sage femme et les deux matrones. Les femmes enceintes sont invitées à s'y rendre une fois par trimestre. Les consultations ont lieu deux fois par semaine (un jour pour les femmes nouvellement venues et autres pour celles qui viennent pour plus d'une fois).
- Les visites post natales, elles sont effectuées par la sage femme et les matrones. Les femmes sont invitées à s'y présenter un mois après l'accouchement.

Les autres actes :

- **Les accouchements :** Ils sont effectués par la sage femme et les matrones. Les femmes peuvent venir accoucher au centre à tout moment, de jour comme de nuit.
- **Les soins infirmiers :** sont dispensés par l'infirmier major et les deux aides soignants.
- **La vaccination :** elle est réalisée conformément au calendrier vaccinal PEV au Mali par les infirmiers et les aides soignants. Une chaîne de froid disponible à la PMI approvisionne le centre en vaccin.

- **La planification familiale** : elle est assurée par la sage femme parfois par les deux matrones, sous la responsabilité de la sage femme. Les différentes méthodes utilisées sont : les pilules orales, les pilules injectables et les spermicides.

Les activités de développement communautaires : ses actions sont envisagées dans le domaine de l'assainissement, de la nutrition et de la santé au niveau des écoles.

B- Les tarifs des différents actes au CSCOM BONIABA :

Les tarifications des actes ont été fixées en AG sur propositions du comité de gestion.

L'ordonnance délivrée au service de consultation par le médecin ou un des infirmiers est à la charge du malade.

Les prescriptions sont surtout faites en DCI sur des ordonnanciers spécifiques au centre. Ces ordonnanciers comprennent deux feuillets à souche dont l'une reste au dépôt de vente après achat et service.

Les soins infirmiers (injections, pansements) sont gratuits pour les ordonnances délivrées par le centre aux malades s'étant acquittés du prix de la consultation, sauf pour la perfusion des malades en ambulatoire (350 F CFA).

Les malades possédant une ordonnance provenant d'un autre centre doivent prendre un autre ticket pour pouvoir bénéficier des soins. Les tarifs sont identiques pour les adhérents et les non adhérents à l'exception des consultations de médecine générale qui sont à 300F CFA pour les adhérents et à 600F CFA les non adhérents.

Les tarifs pratiqués sont les suivants :

Tableau I : Les tarifs pratiqués au centre de santé

Services	Tarifs (en F CFA)
Consultation de médecine	
✓ Adhérents	300
✓ Non Adhérents	600
✓ Elèves	300
Consultation pré – natale	300
Consultation post- natale	Gratuites
Soins infirmiers	
✓ pansements et injections	200
✓ perfusion	350
Accouchement	2.000
Carte de vaccination	600
Planning familial	500
Circoncision	1.000

Les tickets de consultation sont valables pour une semaine.

C. La comptabilité du centre :

- Le circuit des recettes :

Les recettes proviennent de :

- ✓ La vente des cartes de membres qui coûtent 750F CFA,
- ✓ La vente des tickets,
- ✓ La vente des carnets de consultations pré- natales,
- ✓ La vente des médicaments essentiels,
- ✓ Des dons.

La dotation initiale du dépôt de vente en médicaments essentiels a été assurée par la coopération angevine d'une valeur d'environ cinq cent mille francs CFA. Cette dotation initiale sert maintenant de fonds de roulement du dépôt de vente grâce aux bénéfices tirés sur le prix à l'achat.

D. Le circuit des dépenses :

-Les dépenses de salaires :

Elles sont assurées en partie par l'Etat et avec les recettes du centre. Elles sont effectuées par le comptable en suivant un état mensuel de salaire établi

conformément à la décision du comité de gestion et du conseil d'administration (CA).

Le paiement des salaires se fait en liquidité à chaque fin de mois.

a) Les dépenses de fonctionnement :

Elles sont effectuées par le trésorier de l'ASACO ou son adjoint sous l'ordre du président du comité de gestion ou par un bon établi par le médecin chef. Les bons établis par le médecin ne doivent pas dépasser dix mille francs (10.000F CFA) et sont justifiés par la délivrance d'un reçu ou d'une facture.

b) Les dépenses non prévues ou dépenses exceptionnelles :

Ces dépenses peuvent être exécutées seulement par le comité de gestion réuni à cet effet. Le président du comité de gestion est aussi le seul ordonnateur de ces dépenses. Si elles dépassent vingt mille francs (20.000F CFA), on fait appel au conseil d'administration (CA).

E. Le fonctionnement du service comptable :

Les fonds de l'association sont tenus par le trésorier qui est un comptable de formation. Les fonds sont domiciliés à deux niveaux (la caisse au niveau du centre et le compte en caisse d'épargne).

Le centre dispose par ailleurs de deux types de supports de gestion:

- ❑ **Un registre des dépenses**
- ❑ **Un registre des recettes**

Le rapport financier, il est présenté une fois par an au conseil d'administration de l'ASACO en assemblée générale sous forme d'un bilan des recettes, des dépenses et du budget prévisionnel pour l'année à venir.

F. La gestion du matériel :

L'ensemble du matériel mobilier et immobilier du centre figure sur une liste d'inventaire tenue par le trésorier comptable. Cette liste est mise à jour chaque année pour établir un besoin en matériel des autres années.

En cas de détérioration ou de mise en rebus, une déclaration doit être faite le même jour au trésorier comptable qui en porte mention sur le registre d'inventaire.

Les locaux du centre sont la propriété de l'ASACO BONIABA, le médecin directeur est chargé de leur entretien.

Les décisions concernant les travaux doivent être prises par le comité de gestion.

G. La gestion des médicaments:

Le premier stock de médicaments a été fourni au Centre par la coopération angevine et la direction régionale de la santé. Ce sont essentiellement des produits appartenant à la liste des médicaments essentiels du Mali.

Lorsque les médicaments ne sont pas disponibles, le malade reçoit une ordonnance qu'il doit acheter dans une officine privée.

Les médicaments nouvellement arrivés sont directement déposés dans le magasin de vente. Ils sont inventoriés afin de confirmer la commande.

L'élaboration des commandes est effectuée par le médecin chef et le gérant du dépôt de vente à partir de la liste des médicaments essentiels du Mali.

Le prix de vente des médicaments essentiels a été fixé suivant un décret pris en conseil de ministre, en décembre 2005, pour les dépôts de vente.

A la fin de chaque mois la gérante verse les recettes de vente de médicaments au comptable.

Tableau II : Exemples de prix d'achat et de prix de vente de certaines molécules

Désignation	Prix d'achat à la PPM	Prix de vente
Paracétamol 500 mg Comprimé	2,25 F CFA/ comprimé	3,18F CFA/ comprimé
Amoxicilline comprimé 500mg	24 F CFA/comprimé	33F CFA/ comprimé
Aspirine comprimé 500mg	2,195F CFA/comprimé	2,634F CFA/comprimé

. Les horaires de fonctionnement du centre

Les activités courantes respectent les mêmes horaires que ceux de la fonction publique c'est à dire le matin le démarrage des activités à 7h 30 minutes et s'arrêtent à 16h l'après midi avec une pause de 30 minutes à partir de 12h 30 minutes.

Pendant les samedis, les dimanches et les jours fériés une permanence de garde est assurée par une équipe de deux personnes (une personne pour le dispensaire et l'autre pour la maternité).

Au dispensaire, elle est assurée par le médecin chef, l'infirmier d'Etat et à la maternité par les deux sages femmes ou par une des deux matrones.

2.3.3. Le circuit du malade :

Après leur entrée au sein du centre, les malades évoluent selon le circuit suivant

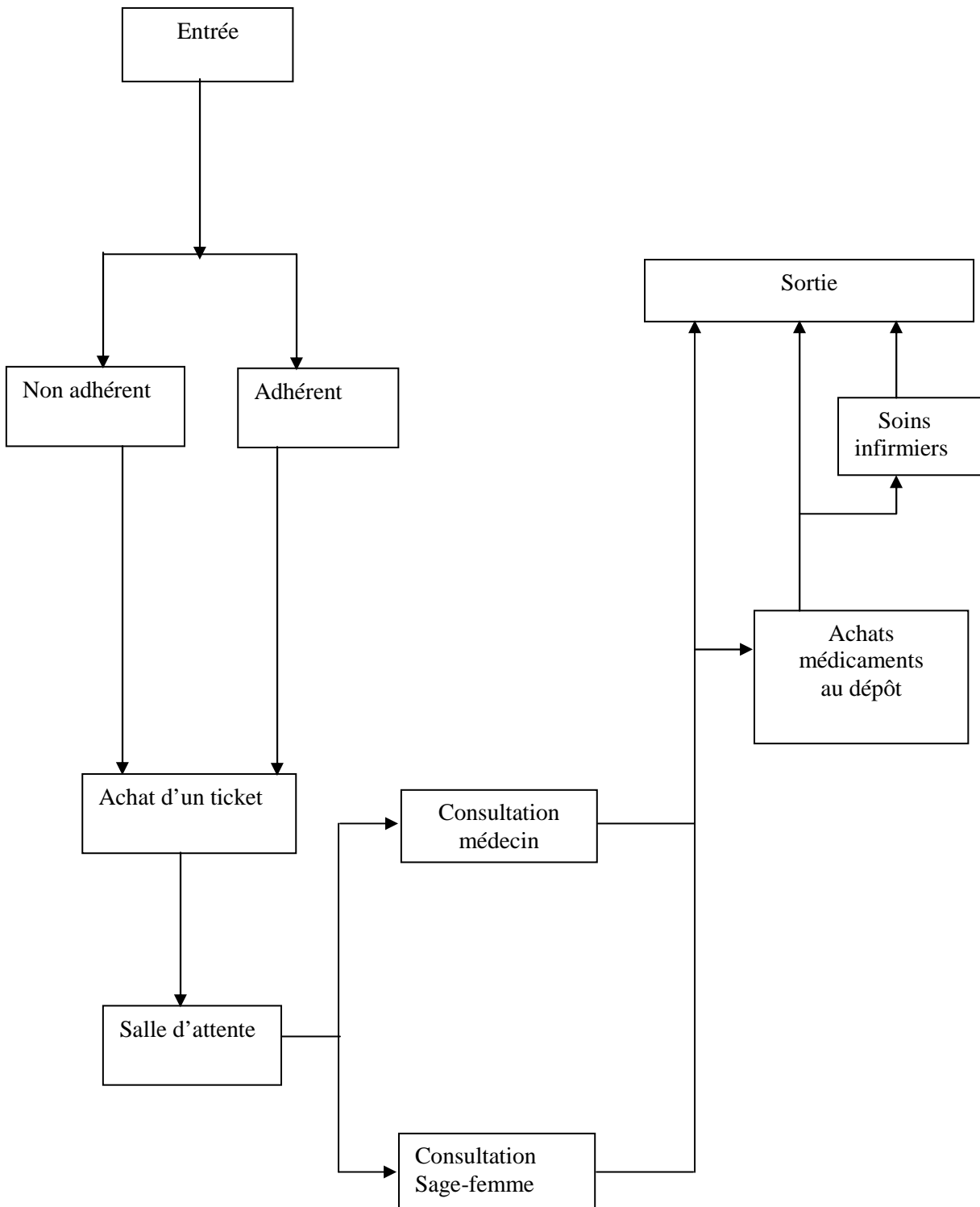


Figure 2. Le circuit du malade.

2.2.4. Le déroulement des activités :

a. Les consultations de médecine générale :

Elles sont effectuées par le médecin, en cas d'empêchement de ce dernier, l'infirmier d'Etat est chargé d'assurer la permanence.

Le malade entre seul dans la salle de consultation, pour que cette activité puisse se faire dans la plus grande confidentialité. La consultation débute par un interrogatoire systématique portant sur:

- Sur l'identité du malade, sa profession, son âge et son ethnie,
- Son lieu d'habitation,
- Ses antécédents médicaux,
- Histoire de sa maladie jusqu'au jour de sa visite.

La consultation se poursuit par un examen physique réalisé de façon systématique au cours duquel le patient se déshabille puis s'allonge sur une table d'examen.

Cette consultation comprend toujours une prise de tension artérielle (TA) qui est systématique.

Chez les enfants, l'examen de la gorge et des tympons n'est fait qu'en cas de signes d'appel (fièvre, cris incessants, douleur à l'oreille...)

Pendant que le malade se ré habille le consultant élabore l'ordonnance et l'invite à s'asseoir pour lui donner des conseils.

Les autres consultations à la maternité suivent les mêmes étapes, ici l'accent est mis sur l'examen gynécologique avec la mesure de la hauteur utérine et le toucher vaginal pour la CPN.

b. Les accouchements :

Pendant les heures d'ouverture du centre les accouchements sont effectués par la sage femme ou par la matrone.

Seuls les accouchements dits normaux sont effectués au centre.

Dès qu'une difficulté intervient, la patiente est référée soit au centre de santé de référence de la commune II sise au quartier Missira, soit dans un hôpital de la capitale. Le transport est assuré soit par un véhicule personnel, soit par un taxi.

c. Les consultations de santé de la mère :

Elles sont faites par la sage femme en présence d'une matrone.

La femme présente son carnet de maternité ou de planning familial. Elle est interrogée puis examinée.

• **Les consultations prénatales :**

Après les différentes étapes de la consultation comme en médecine générale en plus de l'examen gynécologique, la femme doit effectuer une analyse des urines à la recherche de sucre ou protéine. A cet effet si la femme n'est pas venue avec un flacon d'urine, on la demande d'en amener.

L'analyse est faite par une matrone pour rechercher l'albumine et le sucre.

L'examen proprement dit comprend:

- une mesure de la taille lors de la première visite
- une pesée
- une prise de la tension artérielle
- un examen des conjonctives à la recherche d'une anémie clinique
- une mesure de la hauteur utérine
- une auscultation des bruits du cœur foetal à partir du 5^{ème} mois
- une recherche d'œdème des membres inférieurs
- une recherche de varices
- un toucher vaginal et un examen au spéculum lors de la première visite et si cela s'avère nécessaire

• **La visite de planning familial :**

Lors de la première visite l'identité des consultants est notée dans un registre. La sage femme procède à l'interrogatoire puis à l'examen. Toutes les méthodes de planning sont montrées à la femme c'est à elle de faire son choix. La sage – femme éclaire la femme sur les avantages et les inconvénients de chaque méthode avant de prescrire la méthode de contraception choisie par la femme. Il peut s'agir de:

- un contraceptif injectable.
- un contraceptif oral.
- un spermicide.

La sage femme ou la matrone remet les produits prescrits pour une durée déterminée.

d. Le recueil des données:

Les informations techniques sont recueillies sur des registres qui sont au nombre de neuf.

- ✓ **Un registre de consultations** dans le bureau du médecin chef où sont inscrits tous les consultants.

- ✓ **Quatre registres** dans le bureau de la sage femme dont
 - **un registre de consultations prénatales.**
 - **un registre de consultations post- natales.**
 - **un registre de planning familial.**
 - **un registre d'accouchement.**
- ✓ **Un registre de soins infirmiers** dans la salle de soins où sont mentionnés les injections et les pansements réalisés.
- ✓ **Un registre de vaccination.**
- ✓ **Un registre de garde** dans lequel sont consignés les cas reçus en dehors des heures de service.
- ✓ **Un registre des dépenses et de recettes.**

e) Données démographiques de l'aire de santé

Ces données sont estimées à partir du recensement général de la population et de l'habitat de 1998 effectué par la Direction Nationale de l'informatique et de la Statistique du Mali (DNSI).

Les quartiers de Bozola, Niaréla, Bagadadji sont situés dans la commune II du district de Bamako et sont respectivement plus peuplés les uns que les autres.

Les femmes enceintes représentent 5% de la population, celles en âge de procréer 22%.

Les enfants de moins d'un an représentent 4% de la population générale.

Le taux d'accroissement naturel est de 0,8% par an.

Tableau III : Répartition par quartier et par année des différentes populations

Année	Quartiers	Population générale	Femmes enceintes	Femmes en âge de procréer	Enfants de 0-11 mois
2002	Bozola	13 125	656	2 886	525
	Niaréla	11 880	594	2 614	475
	Bagadadji	12 500	625	2 750	500
2003	Bozola	14 250	712	3 135	570
	Niaréla	12 500	625	2 750	500
	Bagadadji	13 254	657	2 690	527
2004	Bozola	14 865	743	3 270	595
	Niaréla	13 215	656	2 885	525
	Bagadadji	14 850	742	3 267	594
2005	Bozola	15 270	766	3 355	611
	Niaréla	13 975	699	3 074	559
	Bagadadji	15 055	753	3 312	602
2006	Bozola	16 065	803	3 534	643
	Niaréla	14 250	712	3 135	570
	Bagadadji	15 965	798	3 512	637
Population totale de 2006		46 280	2 314	10 182	1 851

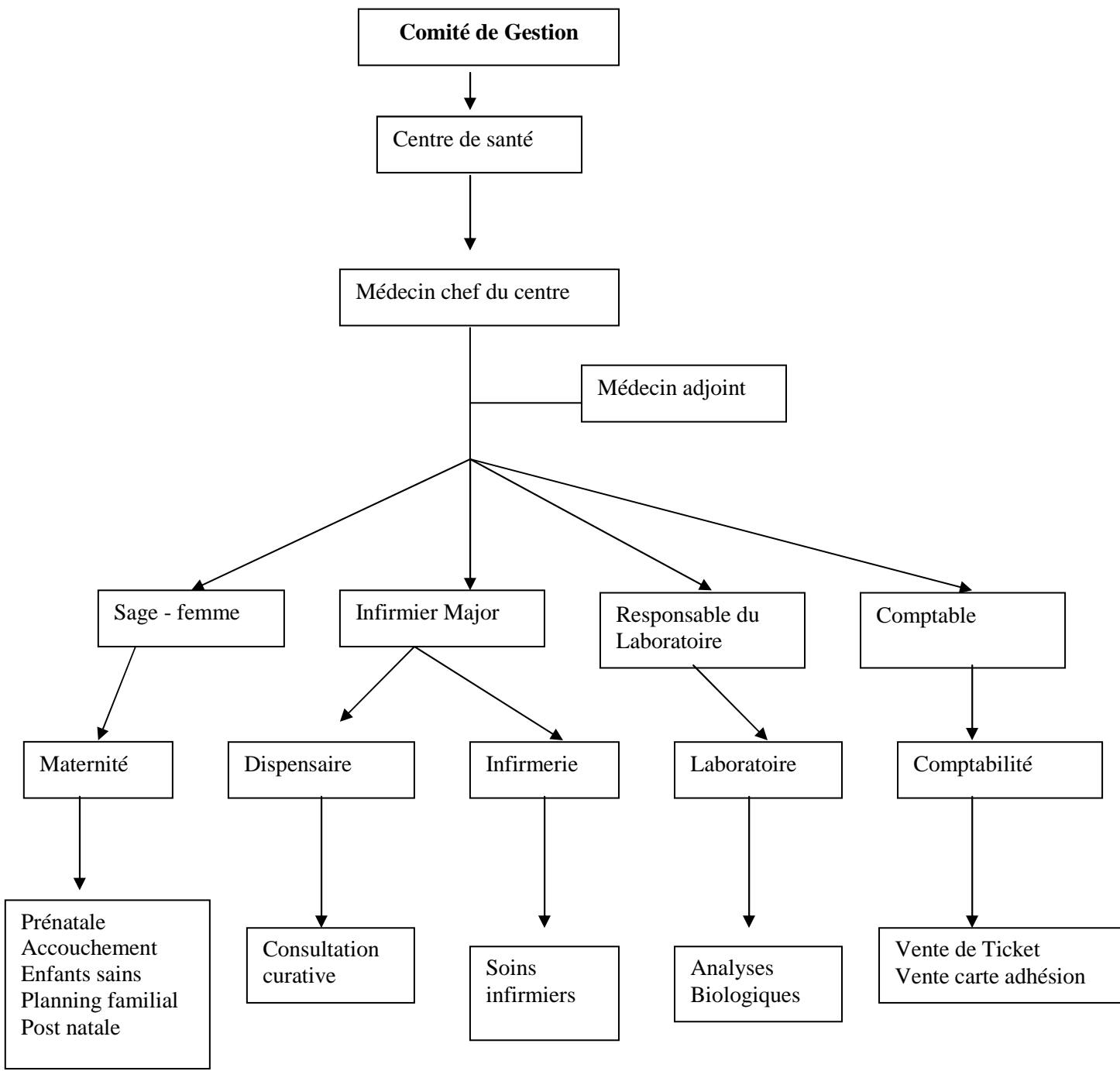


Figure.3. Organigramme de gestion du CSCOM.

3. Méthodologie:

3.1 Période de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période d'un mois allant du 20 mai au 20 juin 2007. Il s'agit d'une étude prospective.

3.2. Cadre de l'étude :

Cette étude s'est déroulée dans le centre de santé communautaire BONIABA et les quartiers de Bozola, Niaréla et Bagadadji.

Le centre de santé de BONIABA effectue diverses activités à l'endroit de la population couverte :

- **Les soins curatifs** par la prise en charge des cas de maladies dans la communauté.
- **Les soins préventifs** mettant à la disposition des populations des actes leur permettant d'éviter les complications dues aux maladies. Ce sont la vaccination PEV ou la consultation prénatale.
- **Les soins promotionnels** visant à une large information et une sensibilisation efficace de la population à l'utilisation du centre.

3.3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective qui pour son déroulement a passé par l'élaboration de deux questionnaires d'enquête.

- Un **questionnaire individuel sur la vie de la structure** : adressé aux utilisateurs du CSCOM pour évaluer la connaissance de la population sur le fonctionnement et les attributs du CSCOM. Ce questionnaire apprécie la connaissance des utilisateurs sur l'historique du centre de santé, les services disponibles, les sources de financements de la structure, les stratégies de lutte contre la maladie disponible au centre et la prise en charge financière des maladies.
- Le deuxième **questionnaire d'opinion** : Adresser au personnel pour connaître l'histoire du centre ; les services disponibles au centre et pour connaître les stratégies de fonctionnement du centre. Cette enquête d'opinion prend en compte l'accès géographique du CSCOM, l'accès financier, la compétence du personnel, la prise en charge des patients démunis et la connaissance par la population des acteurs (personnel soignant) du CSCOM.

. Le déroulement de l'activité

Pour faire ce travail, nous avons procédé : à

- ✓ L'interrogatoire du personnel et de la population
- ✓ Etude des différents documents dont dispose le centre.

Nous avons, par ailleurs, procédé à l'interrogatoire dans 60 familles avec une moyenne de 5 personnes par famille.

Pour cela nous avons procéder à une numérotation des concessions à partir du plan de Bozola.

Grâce au tirage au sort, nous avons identifier 60 familles sur une carte de 1/2000^{ème}. L'effectif des interrogés serait de 300 personnes ainsi que le personnel du centre de santé.

3.4. Les supports utilisés

Les supports qui nous ont permis de mener cette étude sont :

- ❑ Le règlement intérieur de la structure
- ❑ Les registres de consultation (curatives, prénatales)
- ❑ La carte de Bozola

3.5. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi info 6 version française et la saisie des textes sur le logiciel Word version 2003.

4. Evaluation.

4.1. Evaluation après 5 ans d'activités

4.1.1 Evaluation technique

A. Les activités du centre :

Tableau IV : Evolution des activités de 2002 à 2006

Activités		2002	2003	2004	2005	2006
Consultations externes		10 950	12 753	14 065	11 205	15 650
Consultations prénatales		4 073	3 180	3 978	3 805	3 790
Accouchements		807	1 070	2 355	1 995	1 700
Consultations post natales		620	505	1 095	1 300	1 350
PEV	Femme vaccinée	2 075	2 800	4 083	4 875	5 138
	Enfant vacciné	7 80	1 053	2 190	7 180	9 250
Planning Familial		2 600	3 475	4 005	4 080	3 370
Soins infirmiers	Injection	8 067	8 580	11 025	8 075	13 950
	Pansement	6 550	1 095	9 065	1 190	1 270
	Total	14617	9675	20090	9265	15220
Examen de laboratoire		75	88	255	350	98

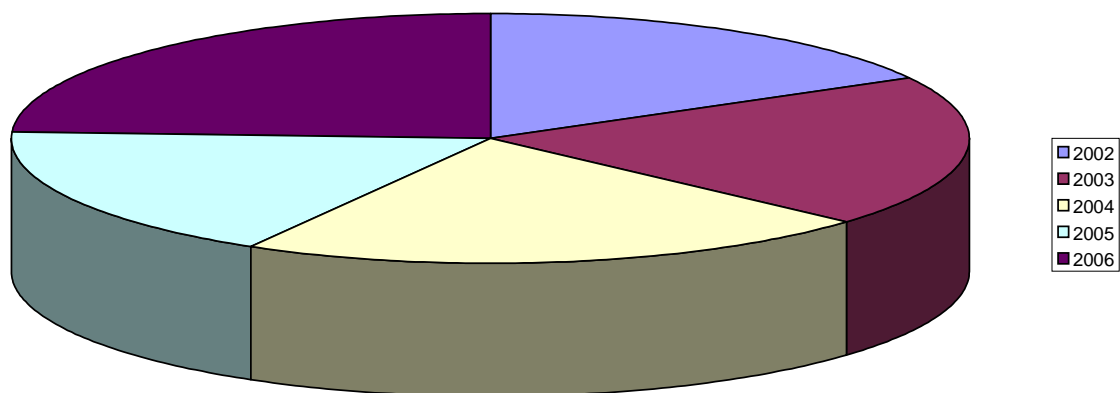


Figure 4: Evolution de la consultation curative de 2002 à 2006.

Nous constatons une progression régulière des consultations externes, des soins infirmiers, des consultations prénatales, des vaccinations et des accouchements.

On note une régression du planning familial.

On constate une stagnation des consultations post natales

En faisant une comparaison des chiffres de consultation et de vaccination du centre de santé de 2002 à 2006 avec ceux de 1997 à 2001, on constate qu'il y a eu une augmentation exponentielle aussi bien des consultations que des vaccinations.

B. La fréquentation du centre:

□ Au niveau du dispensaire:

Les consultations externes:

Le nombre total de nouveau contact par habitant pour l'année 2006, a été de 15 650 consultations. En rapportant cet effectif à la population du quartier, on obtient un taux de fréquentation égal à 0,25 nouveaux contacts par an et par habitant comparé à la moyenne nationale de 0,21 nouveaux contacts/an/habitants. Cela peut s'expliquer par l'importance de la population dans ces 3 quartiers qui font recours aux structures sanitaires de premier échelon.

□ **Au niveau de la maternité:**

▪ **Accouchements:**

Le nombre total d'accouchements a été de 1 700 pour l'année 2006. Si on rapporte ce chiffre au nombre d'accouchements attendus en appliquant un taux de natalité de 45/1000 à la population des quartiers concernés, on obtient un taux de fréquentation inférieur aux normes c'est-à-dire moins de 45/1000. Cela s'explique par le fait qu'il y a une PMI et un autre centre de santé dans ces quartiers offrant les mêmes services que BONIABA.

▪ **Planning familial:**

La proportion de femme en âge de procréer est de 22% de la population totale, avec un taux d'utilisation de moins de 15% de la population. Ce faible taux d'utilisation des méthodes de planning par les femmes des 3 quartiers s'explique par la présence dans le quartier d'un centre de protection maternelle et infantile (PMI) où a lieu la majorité des consultations aussi bien de planning familial que de consultation pré natale et post natale.

Par ailleurs on peut constater que la très grande majorité des accouchements s'effectue en milieu médical dans ces différents quartiers avec un taux de 95%.

C. Etude selon l'accès géographique du centre aux usagers (distance)

Nous avons constaté que 90% de la totalité des activités réalisées par le centre ont concerné des usagers habitant à moins de 2 km d'où l'impact du centre sur les localités environnantes (quartiers et ménages hors aires) est faible. Cela s'explique par le fait qu'il y a eu une augmentation exponentielle des services sanitaires au cours de la dernière décennie dans la ville de Bamako.

Tableau V : Evolution des nouvelles acceptantes de planning familial.

Année	Effectif	Pourcentage
2004	240	19,51
2005	365	29,68
2006	625	50,81
Total	1 230	100

Le nombre de nouvelles acceptantes de planning familial a progressive augmenté en 2004 ; 2005 et 2006. Cela s'explique par le fait qu'il y a de plus en plus de sensibilisation des femmes à espacer les naissances voire même mettre une limite.

Cette sensibilisation se fait par plusieurs méthodes (télévision, radio, campagne organisé par le département de la santé, et le personnel de santé ...) en plus les femmes deviennent peu à peu émanciper et certaines décisions ne passent souvent pas par le conjoint c'est le cas du planning familial.

Tableau VI : Evolution de la planification familiale en fonction de la provenance (nouvelles consultantes).

Provenance	Effectif en 2006	Effectif de femmes ayant utilisé le PF	Pourcentage
Nárrela	3 534	65	1,83
Bozola	3 135	18	0,57
Bagadadji	3 512	17	0,5
Total	12 187	100	100

Les femmes de Niaréla sont les plus nombreuses à venir au centre pour le planning familial, puis viennent celles de Bozola ensuite Bagadadji.

Tableau VII : Rapport entre consultants par quartier et population de ces mêmes quartiers:

	Centre (%)	Population (%)	C/P
Bozola	65	47,3	1,6
Bagadadji	23	27,2	0,6
Nárrela	12	25,5	0,4
Total	100	100	2,6

Bozola qui constitue le site d'implantation du centre attire le plus grand nombres de patients (65%) suivit de Bagadadji (23%). Le plus faible taux des consultants étant celle de Niaréla cela pourrait s'expliquer par la distance qui sépare ces quartiers de l'ASACO et la non accessibilité du centre par les transports en commun.

D. Surveillance préventive des enfants sains :

Tableau VIII : Evolution préventive des enfants de moins d'un an

Année	Effectif	Moyenne mensuelle
2002	125	12
2003	245	20
2004	180	10
2005	305	25
2006	365	30
Total	1220	97

Le nombre de consultation préventive des enfants sains est passé de 12 soit 0,9% en 2002 à 20 soit 0.8% en 2003 et 10 (0.5%) en 2004 d'où on a observé une baisse importante des consultations des enfants sains en 2004. Par contre en 2005 et 2006 on a constaté une augmentation exponentielle des consultations des enfants sains grâce à un programme d'éducation et de sensibilisation des femmes.

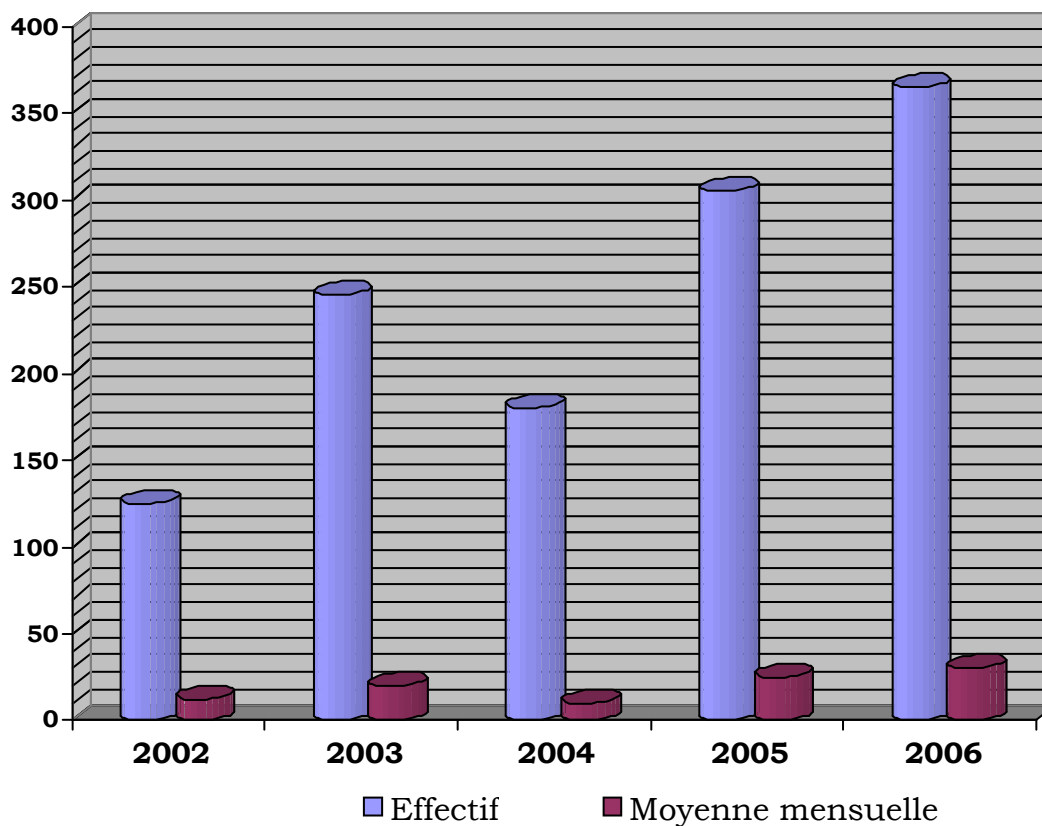


Figure 5: Représentation graphique des consultations préventives de 2002 à 2006.

Tableau IX : Evolution de la vaccination au BCG chez les enfants estimés à moins d'un an.

Année	Effectif	Pourcentage
2002	3056	13,86
2003	3975	18,02
2004	4565	20,70
2005	5095	23,10
2006	5365	24,32
Total	22056	100

Ces chiffres sont assez élevés. Le plus faible taux de vaccination, 13,86%, a été observé en 2002, et le maximum, 24.32%, en 2006.

Tableau X : Répartition des pathologies ayant motivé des références

Services	Causes	Effectif	Pourcentage %
Gynécologie	Gros fœtus	32	
	Présentation de la face	5	
	Hémorragie	4	
	Providence du colon	10	
	Ancienne césarienne	19	
	IVG	8	
	Travail prolongé	3	
	Dilatation stationnaire	10	
	Avortement spontané	3	
	Stérilité primaire	6	
	Kyste du cordon	4	
	Fibrome utérin	3	
	Présentation du siège	5	
	Mort fœtal	6	
	Crise d'asthme au cours du travail	9	
	Déchirure du col de l'utérus	2	
Autres	22		
	Sous total	131	35,4
Pédiatrie			
	Syndrome palustre	30	
	Accès pernicieux	10	
	Anémie clinique	6	

	Diarrhée et déshydratation	5	
	Hyperthermie et splénomégalie	8	
	Coma stade 1	3	
	Détresse respiratoire	5	
	Broncho-pneumopathie	2	
	Gynécomastie	1	
	Sous total	70	19
Chirurgie			
	Hernie inguinale droite	8	
	Hernie inguinale gauche	5	
	Cancer primitif du foie	3	
	Plaie infectée	6	
	Douleur abdominale	2	
	Prolapsus anal	1	
	Mycétome	1	
	Sous total	26	7
Cardiologie			
	Cardite rhumatismale	1	
	Cardiopathie	8	
	Douleur thoracique	5	
	Insuffisance cardiaque	3	
	Dyspnée d'effort	2	
	Trouble du rythme cardiaque	2	
	Sous total	21	5,7
Médecine interne			
	Anémie clinique	5	
	Goitre	2	
	Cancer primitif du foie	4	
	Diarrhée liquidienne	6	
	Douleur lombaire	5	
	Diabète	7	
	Cirrhose du foie	3	
	Nodule thyroïdien	1	
	Ascite	2	
	Cyanose et hyperthermie	1	
	Tétanos	3	
	Arthrite de la hanche	2	
	Sous total	41	11

Odontostomatologie			
	Traumatisme dentaire	5	
	Abcès dentaire	6	
	Carie dentaire	2	
	Sous total	13	13
ORL			
	Otite aiguë	2	
	Otite purulente	1	
	Surdité	3	
	Mutité	2	
	Corps étranger intra auriculaire	3	
	Sous total	10	3,5
Ophtalmologie			
	Larmoiement	5	
	Cataracte bilatérale	6	
	Trouble de la vision	4	
	Onchocercose	1	
	Sous total	16	2,7
Traumatologie			
	Fracture des membres	11	
	Fracture du crâne	3	
	Fracture des cotes	2	
	Sous total	16	4,3
Urologie			
	Hernie inguino-scrotale	3	
	Fistule vesico-vaginale	1	
	Tumeur testiculaire	2	
	Sous total	6	1,6
Neurologie			
	Neuropathie	6	
	Syndrome dépressif	5	
	Crise épileptique	2	
	Sous total	13	3,5
Pneumologie			
	Tuberculose pulmonaire	5	
	Broncho-pneumopathie	2	
	Sous total	7	1,9
Urgence			
	Coma stade 1	2	

Nous constatons que le taux le plus élevé de référence fut observé en gynécologie, 35,4%, et le plus faible taux de référence en urgence, 0,2%.

E. Etude des 10 affections les plus fréquentes :

- Fréquence globale :

Tableau XI : Répartition de la fréquence des 10 principales affections

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Syndrome palustre	3565	47
Plaies et traumatismes	1645	21,68
Affections pulmonaires non tuberculeux	625	8,24
Dermatoses	585	7,71
Diarrhées	382	5,04
Douleurs abdominales	250	3,30
Hématuries	95	1,25
Aménorrhées	196	2,58
Affections ORL	128	1,68
Epigastralgie	115	1,52
Total	7586	100

Ces 10 pathologies représentent à elles seules 75% de l'ensemble des motifs de consultation.

La fréquence du syndrome palustre est la plus élevée 47%, viennent ensuite les plaies et traumatismes 21,68% suivis des affections pulmonaires non tuberculeuses 8,24 %.

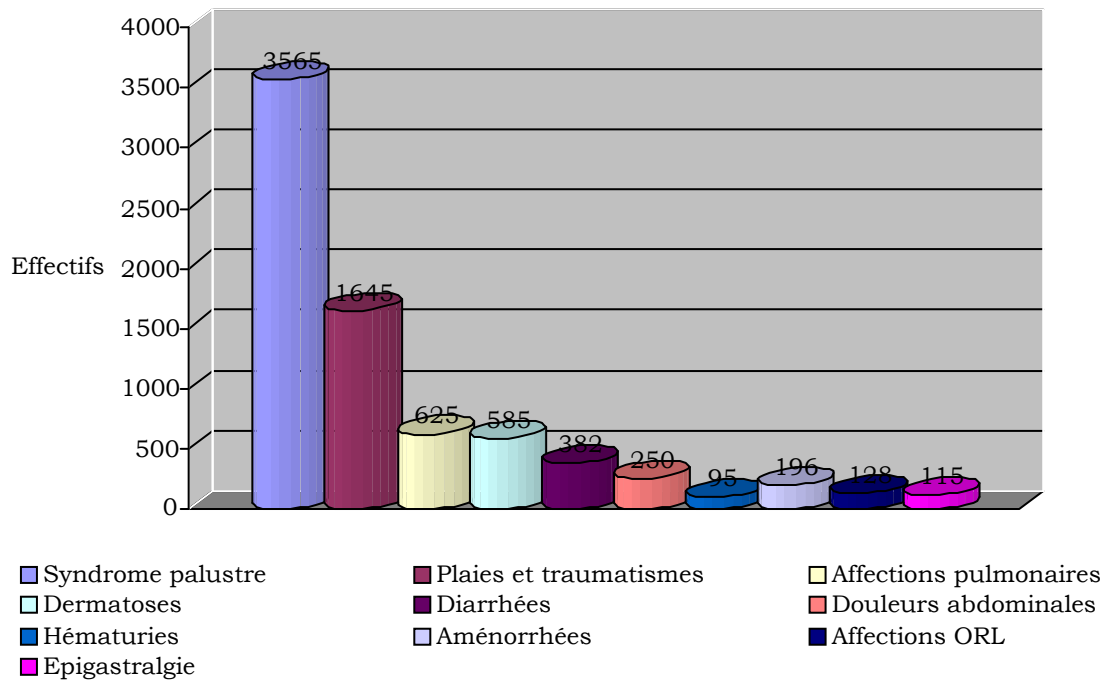


Figure 6 : Répartition de la fréquence des dix principales affections

- Fréquence selon les classes d'âges et le sexe:

Chez les enfants de moins de 15 ans:

Tableau XII : Répartition des 10 principales causes de fréquentation du centre chez les enfants de moins de 15 ans

Pathologies	Garçons		Filles	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Syndromes palustres	895	26,8	725	37,6
Plaies + Traumatismes	625	18,7	278	14,4
Affections pulmonaires non tuberculeuses	515	15,4	188	9,7
Diarrhées	256	7,7	107	5,5
Parasitoses	138	4,1	95	4,9
Dermatoses	118	3,5	125	6,5
Affections ORL	98	2,9	107	5,5
Diarrhées + vomissement	85	2,5	68	3,5
Hématuries terminales	36	1,1		
Rougeole			18	0,9
Autres	573	17,2	218	11,3
Total	3339	100	1929	100

L'analyse de ce tableau nous permet de constater une grande similitude de la pathologie rencontrée entre les deux sexes.

Cependant, on constate la présence d'hématurie terminale chez les garçons que l'on ne trouve pas chez les filles.

On note également la présence de 18 cas de rougeole chez les filles or ce taux est très faible chez les garçons.

- Chez les adultes de 15 ans et plus:

Tableau XIII : Répartition des 10 principales causes de fréquentation du centre chez les adultes de 15 ans et plus

Pathologies	Hommes		Femmes	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Syndromes palustres	625	34,99	795	37,91
Plaies + Traumatismes	375	21,00	118	5,63
Affections pulmonaires non tuberculeuses	128	7,17	125	5,96
Douleurs abdominales	65	3,64	95	4,53
Parasitoses	56	3,14	47	2,24
Dermatoses	70	3,92	65	3,10
Infections urinaires	34	1,90	12	0,57
Epigastralgies	29	1,62	82	3,91
Hématuries terminales	96	5,37		
Urétrites gonococciques	38	2,13		
Affections gynécologiques			285	13,59
HTA	20		55	2,62
Autres	270	15,12	418	19,93
Total	1786	100	2097	100

On constate que la fréquence d'HTA chez les hommes 20 est insignifiante par rapport à celle des femmes 55.

On note également la présence d'hématurie chez les hommes et son absence chez les femmes.

F. Les examens complémentaires:

Tableau XIV : Répartition des examens complémentaires.

Examens biologiques		Nombre	Pourcentage
Immunologie	Sérologie HIV	45	14,52
	Widal	43	13,87
	BW	12	3,87
	Toxoplasmose	10	3,23
	Antigène HBs	9	2,90
	Sous total	119	38,38
Bactériologie	Frottis vaginal	54	17,42
	ECBU + Antibiogramme	41	13,23
	BK	8	2,58
Sous total	103	33,23	
Parasitologie	Selles POK	40	12,90
	Frottis/goutte épaisse	36	11,61
	Sous total	76	24,52
Biochimie	Glycémie	22	7,09
	Azotémie	12	3,87
	Créatinémie	5	1,61
	Sous total	39	12,58
Hématologie	NFS	35	11,29
	VS	19	6,13
	Groupe sanguin	11	3,54
	Test d'Emmel	11	3,54
	Sous total	76	24,52
Total	310	100	

On constate que les examens les plus demandés sont la sérologie HIV en immunologie 45 (14,25%) et le frottis vaginal 54 (17,42%) en bactériologie qui portent tous deux sur les maladies sexuellement transmissibles (MST).

ECBU représente 13,23% des examens complémentaires ; BK quant à elle représente 2,58%, la NFS représente 11,29% ; et la VS 6,13%.

Tableau XV : Répartition des autres examens

Autres examens	Nombre	Pourcentage
ECG	5	4,85
EEG	5	4,85
FO	2	1,94
Radiographie thoracique	21	20,38
Radiographie osseuse	10	9,71
Cystographie	1	0,97
Rectoscopie	3	2,91
Fibroscopie	2	1,94
T3- T4	5	4,85
TSH	4	3,88
Echographie pelvienne	56	54,37
Echographie abdominale	8	7,76
Total	103	100

On constate ici une grande diversité des examens demandés.

- Consultations médicales externes:

Tableau XVI : Evolution annuelle des consultations médicales

Année	Consultation externe	Nouveaux épisodes	Nombre moyen de consultations par mois	Nombre moyen de consultations par jour
2002	2890	270	240	8
2003	2570	350	243	8
2004	2525	380	242	8
2005	3040	500	295	9
2006	11225	1500	300	12

On constate qu'en termes d'activités, il y a eu une évolution selon les années. Nous pouvons également constater que ces chiffres sont assez faibles.

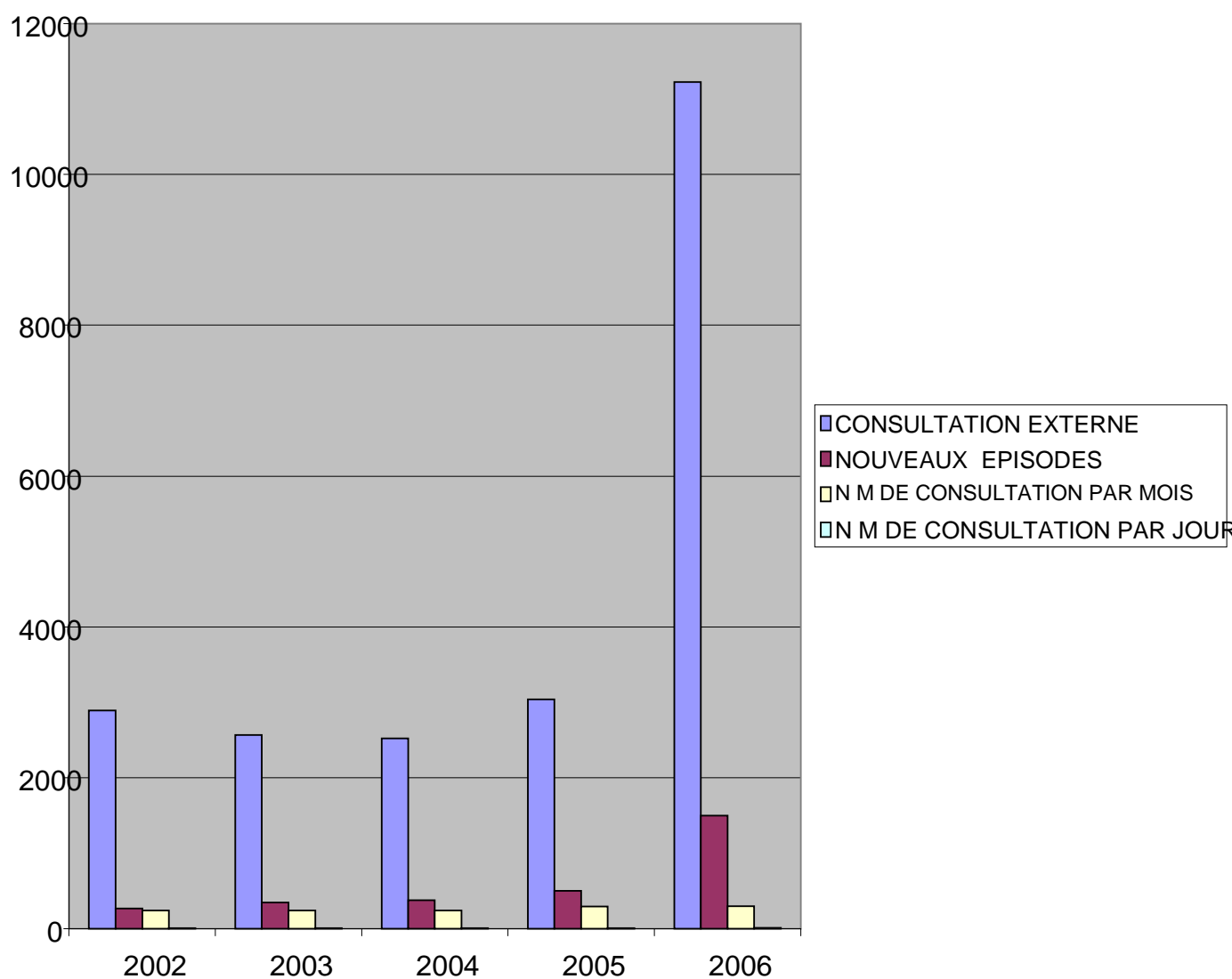


Figure 7: Evolution annuelle de la consultation médicale

Tableau XVII : Répartition des consultations médicales par tranche d'âge.

Age	Effectif	% Centre (C)	% Mali (M)	C/M
0- 11 mois	1000	4	10	0,4
1-4 ans	6300	55	40	1,4
5- 14 ans	1850	12	15	0,8
15- 44 ans	3250	21	23	0,9
45- et plus	1325	8	12	0,6
TOTAL	11725	100	100	

La tranche d'âge la plus représentée en volume est constituée par les 1- 4 ans ; elle est suivie par les 15- 44 ans. Le plus faible pourcentage étant observé par les 0-11 mois.

La tranche d'âge 15- 44 ans est assez nombreuse du fait qu'elle représente la majorité de la population.

Les comparaisons entre la structure d'âge de la consultation et celle de la population malienne montrent une sous représentation des enfants de moins d'un an et des personnes âgées et une sur représentation des 1- 4 ans.

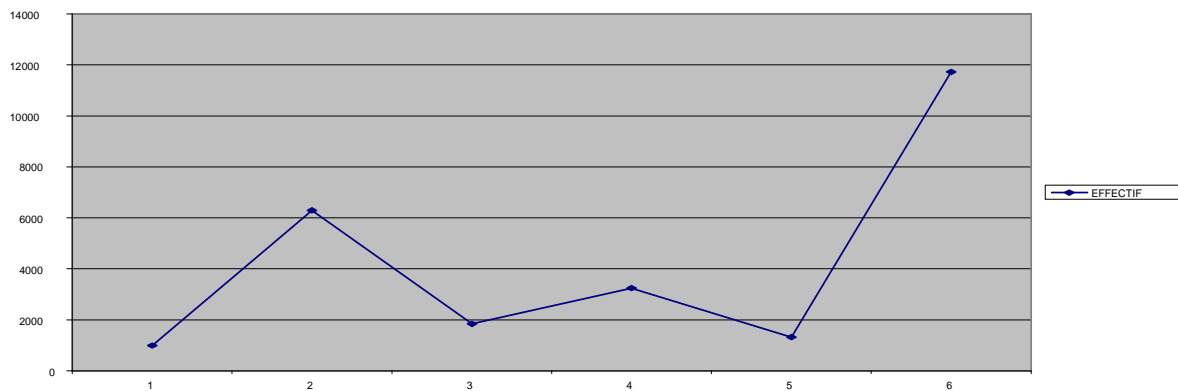


Figure 8 : Répartition des consultations médicales par tranches d'âge

G. Le laboratoire :

Tableau XVIII : Evolution des activités du laboratoire

Activités du labo	2004	2005	2006
Hématologie			
NFS	146	225	243
Groupage/rhésus	85	88	59
Test d'emmél	86	38	66
BW	72	65	75
Glycémie	26	36	52
GE	136	216	215
Parasito-bactério			
Albumine Sucre	226	1128	1238
Selle POK	98	105	125
Culot urinaire	48	32	30
F.V	18	9	12
BAAR	12	10	10
Autres			
LCR	2	1	0
Test de grossesses	235	195	228
Total	1198	2148	2348

Le taux des examens a augmenté de 2004 (1198) à 2006 (2348). Ils sont passés à plus de 200 examens en 2006. Ensuite viennent les tests de grossesses, les GE, POK.

H. Activités de la pharmacie et qualité de la prescription :

Le nombre d'ordonnances délivrées en 2005 est de 10800.

Tableau XIX : Médicaments prescrits selon la qualification du prescripteur en 2005

Prescripteurs	Effectif	Pourcentage %
Médecins	4120	38
Etudiants en médecine	6080	56
Sage femme/IDE	500	5
Autres	100	1
Total	10800	100

Nous constatons que plus de 50% des ordonnances ont été prescrits par les étudiants suivis des médecins 38% puis les sages femmes et l'IDE.

Tableau XX : Répartition du nombre de produits délivrés selon le prescripteur sur un échantillon de 500 ordonnances délivrées en 2005 :

	1	2	3	4	5 et plus	Nombre moyen de produits par ord
Médecin	7	56	36	18	8	2
Etudiant	25	56	63	52	10	3,5
SF-IDE	15	20	57	46	28	4,5
Total	47	135	156	116	46	

Les médecins sont ceux qui prescrivent moins de produits par ordonnance (2 en moyenne), par contre les sages femmes et les infirmiers prescrivent plus de produits (en moyenne 4 par ordonnance).

Tableau XXI : Répartition du nombre de produits délivrés à la pharmacie selon le prescripteur

	1	2	3	4	5 et plus	Total
Médecins	50	70	112	8	5	245
Etudiants	20	45	59	15	16	155
SF/IDE	13	24	31	17	15	100
Total	93	139	202	40	36	500

Le plus grand nombre d'ordonnances a été prescrit par les médecins suivis des étudiants.

Tableau XXII : Nombre de produits de spécialités délivrés à la pharmacie du centre :

Nombre de produits	Fréquence	Pourcentage (%)
Aucun	350	70
1 Produit	100	20
2 Produits	50	10
Total	500	100

Les prescriptions de médicaments en spécialité sont assez faibles dans l'ASACO BONIABA. Elles représentent seulement 30% des prescriptions tandis que celles de DCI atteint 70%.

Tableau XXIII : Répartition du nombre de médicaments en spécialité prescrit selon la qualification du prescripteur sur 500 spécialités servies au centre:

	1	2	Aucun	Total
Médecin	15	10	100	125
Etudiant	55	25	135	215
SF/IDE	30	15	65	110
Total	100	50	350	500

Les étudiants sont les plus grands prescripteurs de médicaments en spécialités viennent ensuite les médecins et les sages femmes.

Tableau XXIV : Répartition du coût moyen de l'ordonnance servie en F CFA au cours de l'année 2005

Coût en F CFA	Effectif	Pourcentage (%)
100-500	125	25
505-1000	195	39
1005-2000	70	14
2005-3000	60	12
3005-5000	50	10
Total	500	100

Le coût moyen des ordonnances servies est de 700 F CFA. L'ordonnance la moins chère est de 100F CFA et la plus chère est de 5.000FCFA environ et ne représente que 10% des ordonnances servies.

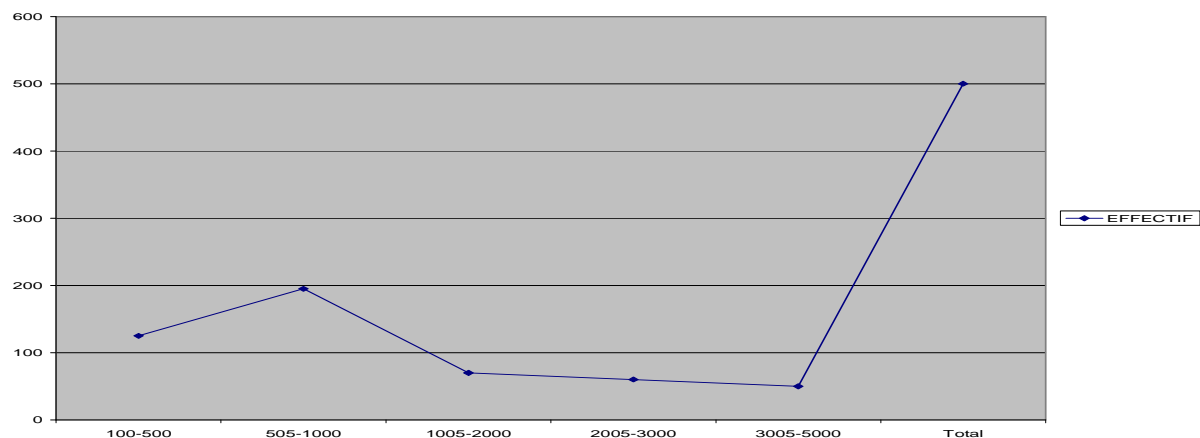


Figure 9 : Répartition du Coût moyen de l'ordonnance servie en FCA au cours de l'année 2005

I. Les médicaments :

- Liste des médicaments vendus et présents en stock en 2005:

Tableau XXV : Bilan des ventes et des stocks de médicaments au terme de l'année 2005

Médicaments	Vente		Stock au 31/12/05	
	Valeur en F CFA	%	Valeur en F CFA	%
Antibiotiques	2.800.000	26,4%	108.995	
Antiparasitaires	3.568.000	33,7	1.252.350	
Antalgique+anti-inflammatoires	1.994.930	18,8	910.000	
Antispasmodiques	140.296	1,3	64.080	
Antitussifs	68.790	0,6	950.500	
Cardiotoniques	43.610	0,4	100.285	
Diurétiques	41.110	0,3	2.725	
Produits gynécologiques	388.000	3,6	5.886	
Neurotropes	910.725	8,6	80.630	
Pansements gastriques	11.645	0,1	65.000	
Tropismes intestinaux	128.000	1,2	960.250	
Pneumo tropes	56.200	0,5	21.100	
Corticoïdes	158.260	1,4	124.750	
Vitamines + oligoéléments	318.600	3	95.000	
Total	10.571.966		4741551	

Nous constatons sur ce tableau que les antiparasitaires 33,7% viennent en première position, suivis des antibiotiques 26,4%.

Tableau XXVI : Variation en F CFA du coût moyen des ordonnances selon le sexe et l'âge des malades

Classes d'âge	sexe		Total
	Masculin	Féminin	
< 5 ans	850	800	1650
5- 14 ans	1200	1300	2500
14- 49 ans	1400	1600	3000
50 ans et plus	1600	1500	3100
Total	5050	5200	10250

L'analyse de ce tableau nous montre que le coût moyen des ordonnances augmente avec l'âge des malades dans les deux sexes.

- Etude des formes galéniques

Tableau XXVII : Etude des formes galéniques

Présentation DCI	Nombre d'unités
Comprimés	188.000
Ampoules buvables	19.000
Sirops	17.645
Sachets	4.528
Injectables	4.228
Total	

Nous constatons que la majorité des prescriptions a concerné la voie orale. Les injectables restent relativement fréquentes.

- Etude des 20 produits les plus prescrits :

Tableau XXVIII : Répartition des 20 produits les plus prescrits.

Désignation	Présentation	Quantité vendue	Pourcentage
Paracétamol 500 mg	comprimé	36250	19
Chloroquine 100 mg	comprimé	21600	11
Vitamine B complexe	comprimé	10150	5
Griséofulvine	comprimé	5325	0.028
Cotrimoxazole	comprimé	6885	3
Amoxicilline 500 mg	Gélule	18650	10
Acide acétyle salicylique 500 mg	comprimé	5600	3
Fer + acide folique	comprimé	3650	1
Métronidazole	comprimé	3250	1
Métronidazole ovule	comprimé	1625	0.008
Paluject 400mg	injectable	2550	0.013
Chloramphénicol	comprimé	8580	5
Butyle hyoscine	comprimé	2140	0.01
Furosémide 40 mg	comprimé	3650	1
Phénoxyyl méthyl pénicilline	comprimé	2325	0.0014
Paluject 200 mg	injectable	2700	0.0015
Cimétidine	comprimé	9150	0.03
Paracétamol	Sirop	1970	0.02
Diazépam	comprimé	1650	0.01
Nystatine	comprimé	2746	0.1
Autres		35630	19
Total		186126	

Le paracétamol comprimé représente à lui seul 19% des produits prescrits, suivi par la chloroquine 100 mg comprimé qui représente 11%. On peut constater que ces 20 produits représentent à eux seuls plus de 80% des ventes de médicaments faites par le centre. Nous remarquons qu'au moment de notre enquête, la chloroquine n'était pas retirée de la liste nationale des médicaments.

- Etude des prescriptions médicamenteuses :

Par rapport à cette étude on a pu constater que le total des ventes en DCI représente plus de 80% du coût total des ordonnances prescrites. Le centre a eu recours aux spécialités dans les cas suivants :

Lorsqu'il n'existe pas de DCI correspondant (Exp.: En ORL)

Lorsqu'il est nécessaire de prescrire des placebos (vitamines)

En cas de rupture de stock.

- Etude analytique du double des ordonnances par rapport au sexe:

Tableau XXIX : variation du nombre d'ordonnances selon le nombre de produit et selon le sexe des malades

Nombre de produits	Masculin	Féminin	Total	%
1	40	50	90	18
2	50	75	125	25
3	70	100	170	34
4	20	50	70	14
5 et plus	20	25	45	9
Total	200	300	500	100

Nous constatons que la majorité des ordonnances livrées ne portait pas plus de trois produits (77%) ce qui est recommandé d'où on peut dire que les prescriptions de l'ASACO BONIABA sont dans la norme par rapport au nombre de produits prescrits par ordonnance. Le nombre de produit prescrit au sexe masculin est sensiblement égal au nombre de produit prescrit au sexe féminin.

4.1.2. Evaluation financière:

Tableau XXX : Evolution des comptes d'exploitations de 2002 à 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Charges					
Salaires	1509500	2015500	2153000	2270000	3250000
Médicaments	1170880	4500000	6847000	7750000	6980545
Variations de stocks médicaments	800000	890000	950000	1775000	6300000
Autres consommables	125000	48950	170000	470000	300000
Déplacements	75000	87500	150000	90850	167000
Frais divers de gestion	56000	78000	48000	110000	130500
Autres charges	36250	41800	41500	19000	25000
Excédent d'exploitation	1300000	3705000	2400000	950000	1645000
Total charges	5016630	11288250	12759500	13434850	17798045
Produits					
Consultations externes	990000	2500000	1525000	1850000	1615000
Soins infirmiers	225000	500000	900950	280000	360000
PMI/PF	700875	845000	970000	1650000	2020000
Médicaments	2650000	7970000	8985000	9870000	13145000
Autres	500800	270500	400000	785000	470000
Déficits d'exploitations	0	0	375000	180000	188045
Total produits	5066675	12085500	12780950	14435000	17610000

On peut constater que les bénéfices réalisés par le centre proviennent surtout de la vente des médicaments .En 2004 ; 2005 et 2006 le centre a connu les déficits respectifs de 375000 ; 180000 ; à 188045 F CFA.

4.1.2.1 Evolution du chiffre d'affaires :

Le chiffre d'affaires du centre de santé ASACO BONIABA a eu une progression entre 2002 et 2006. Il a suivi les étapes suivantes :

2002 : 5.066.675 FCFA

2003 : 12.085.500 FCFA

2004 : 12.780.950 FCFA

2005 : 14.435.000 FCFA

2006 : 17.610.000 FCFA

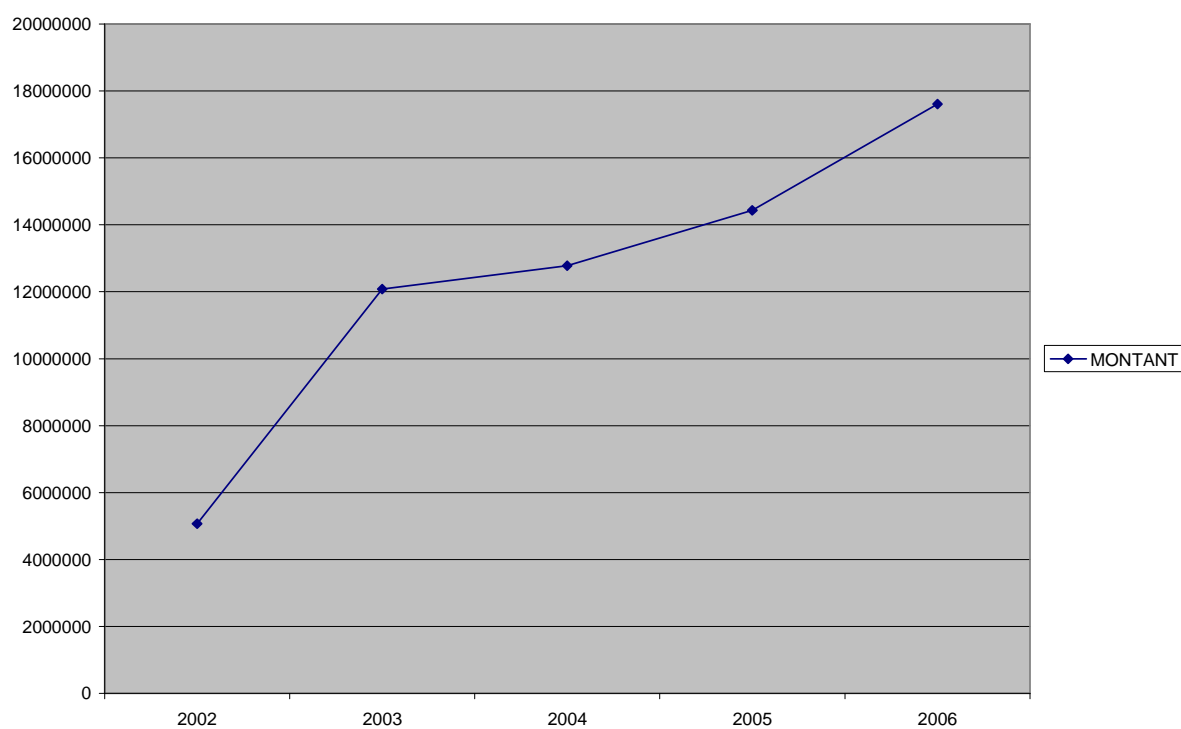


Figure 10 : Evolution du chiffre d'affaires de 2002 à 2006.

4.1.2.2. Evolution de la structure des dépenses :

Tableau XXXI : Evolution des dépenses

		2002	2003	2004	2005	2006
Salaires	N	1509500	2080000	3500000	2450000	2800000
	%	19	20	34	23	22
Médicaments	N	2250000	409500	3787500	4055000	5270000
	%	29	41	36	39	42
Autres	N	3800000	3750000	2950000	3885000	4575000
	%	50	48	28	37	36
Total		755950	9925000	10237500	10390000	12645000

Nous constatons une évolution exponentielle des dépenses au fil des années.

4.1.2.3 Production de l'exercice 2003 : elle constitue toutes les activités sauf la vente de médicaments.

Tableau XXXII : Répartition des activités en dehors de la vente des médicaments

Débit	Montants	Crédits	Montants
		Vente de cartes	1385000
		Vente de tickets	4500000
Production de l'exercice	7375000	Petite chirurgie	250000
		Prestation PMI	1240000
Total	737500	Total	7375000

Dès son ouverture, le centre de santé, avec un effectif de 15 agents ; a démarré les activités comprenant : la vente des cartes d'adhésion, les consultations médicales, les soins infirmiers, la maternité.

a°) La valeur ajoutée de l'exercice 2003 :

Cette valeur nous renseigne sur :

Le montant de la production économique de l'ASACO, nette des consommations d'origine externe (Achat de bien et service consommés) ; c'est un excellent critère de la dimension de l'ASACO BONIABA.

- La structure économique de l'ASACO par le ratio : Valeur ajoutée sur les chiffres d'affaires, ou mieux valeur ajoutée sur production.

Tableau XXXIII : Valeur ajoutée de l'exercice 2003

Débit	Montant Fcfa	Crédit	Montant Fcfa
TFSE	1.250.000	Marge commercial	4.095.000
Frais divers de gestion	55.000		
Valeur ajoutée	10.550.000	Production de l'exercice	7.760.000
Total	11.855.000		11.855.000

Le ratio valeur ajoutée/chiffre d'affaires =0.4570, ce qui signifie que si BONIABA fait une prestation de service de 100 F CFA elle a « ajouté » une valeur de 45,70 F CFA et n'a donc acheté à l'extérieur que pour 54,3 de biens et services.

Le ratio valeur ajoutée /production renseigne sur la structure économique et technique de l'ASACO BONIABA. L'organisation économique interne du CSCOM par ratio :

Charge Personnel/valeur ajoutée.

Ces deux ratios sont en principe antagonistes : Un important investissement est en effet générateur d'une baisse relative des charges de personnel et d'un accroissement. Cependant pour notre cas nous ne calculerons pas le deuxième ratio vu que les dotations aux amortissements et aux provisions ne font qu'une même rubrique.

La charge du personnel étant de 5.036.000 on aura par conséquent : Charge du personnel/Valeur ajoutée = 47.75%.

b°) Excédent brut d'exploitation :

Ce solde est sans doute le plus précieux des soldes intermédiaires de gestion ; il indique :

La performance économique : C'est un résultat brut comparable d'une firme à une autre puisque, indépendant des modalités de calcul des amortissements de l'impôt sur les bénéfices.

L'excédent brut d'exploitation représente en effet la capacité d'autofinancement de l'exercice avant l'élément financier ; élément exceptionnel et impôt sur le bénéfice : le calcul de la capacité d'autofinancement.

Tableau XXXIV : Excédent brut d'exploitation

Charges	Montant Fcfa	Produits	Montant Fcfa
Frais financier	87.500	Valeur ajoutée	10.550.000
Charge du personnel	5.036.000		
Excédent brut d'exploitation	5.426.500		
Total	10.550.000		1.055.000

C'est surtout en 2003 que l'ASACO BONIABA a mieux supporté les charges d'exploitation liées au personnel par une régularisation de la situation antérieure grâce à la coopération angevine au Mali et la communauté elle-même.

c°) Résultat net d'exploitation :

Ce résultat calculé permet des comparaisons entre structures indépendantes et leurs situations financières.

Tableau XXXV : Résultat net d'exploitation

Charges	Montant Fcfa	Produits	Montant Fcfa
Dotation à l'amortissement :	650.000	Excédent brut d'exploitation	5.426.500
Résultat net d'exploitation :	4.776.500		
Total	5426500		5.426.500

4.1.2.3. Exercice 2004 :

Calcul pour cette année :

a°) Tableau XXXVI : La marge commercial :

Débit	Montant Fcfa	Crédit	Montant Fcfa
Achat de médicaments	3.255.000		
Variation de stock	95.000		
Transport déplacement	232.500	Vente de médicaments	5.370.000
Coût d'achat des médicaments	3.582.500		
Marge commercial	3.787.500		
Total	5.370.000		5.370.000

La marge commerciale est passée de 4.095.000 en 2003 à 3.787.500 en 2004 d'où on peut constater qu'il y a eu une baisse de la vente des médicaments.

b°) Tableau XXXVI : Production de l'exercice :

Débit	Montant Fcfa	Crédit	Montant Fcfa
		Vente de cartes	1.075.000
		Vente de tickets	5.300.000
		Petite chirurgie	450.000
		Prestation PMI	1.355.000
		Prestation labo	345.000
Production de l'exercice	8.525.000		
Total	8.525.000		8.525.000

La production de l'exercice s'est chiffrée cette année à 8,525millions alors qu'à la même date de l'année précédente elle se chiffrait à 7,375millions. Cette hausse s'explique surtout par une augmentation accrue des activités du laboratoire.

c°) Tableau XXXVII : Valeur ajoutée :

Débit	Montant Fcfa	Crédit	Montant Fcfa
TFSE :	1.978.000	Marge commercial	
Frais divers de gestion :	695.000	Produit de l'exercice	3.787.500
			8.525.000
Sous total	2.673.000		
Valeur ajoutée	9.639.500		
Total	12.312.500		12.312.500

La valeur ajoutée est de 9,63millions alors que l'année précédente elle était de 10,55M soit une baisse d'à peu près 1million.

4.1.3 : Evaluation d'opinion :

A, Analyse : L'enquête s'est déroulée du 20mai au 20 juillet 2007.

Nous avons procédé à une numérotation des concessions à partir d'un plan du quartier. Grâce au tirage au sort nous avons procédé au choix de 60 concessions sur une carte de 1/2000^{ème} ce qui nous a permis d'interroger 300 personnes.

Les informations ont été portées sur deux fiches d'enquêtes :

- une fiche pour la population des trois quartiers
- une fiche pour le personnel de santé.

La saisie et le traitement des données ont été effectués sur un ordinateur sous Microsoft Windows Xp grâce aux logiciels Microsoft Office Word 2003, Epi6-info et Excel.

B, Comparaison avec d'autres expériences.

-Comparaison concernant le coût moyen des ordonnances selon le sexe et l'âge des malades dans le centre de la MUTEK et l'ASACO BONIABA :

Tableau XXXVIII : coût moyen des ordonnances :

Tranches d'âge	Centre de santé Mutec		ASACO BONIABA	
	M	F	M	F
0-4 ans	610	620	800	825
5-14 ans	700	750	725	850
15-44 ans	580	570	650	750
45 ans	700	750	700	850
Total	2590	2690	2875	3275

Ce tableau nous montre que le coût moyen des ordonnances de L'ASACO BONIABA est légèrement supérieur à celui de la MUTEK et cela dans toutes les classes d'âges et dans les deux sexes.

- Comparaison concernant le nombre de produit moyen par ordonnance :

- KWENE (14) a quant à lui trouvé un nombre moyen de 3,6 produits par ordonnance chez 382 malades dans le centre de santé de Magnambougou,
- SANGARE (13) a trouvé un nombre moyen de 3,17 produits par ordonnance chez 762 malades dans le CSCOM de Banankabougou et de Faladié.

Ces chiffres sont tous comparables à celui de l'ASACO BONIABA qui est de 3,5 produits en moyenne par ordonnance.

C, Tableau XXXIX : Comparaisons des tarifs pratiqués à l'ASACO BONIABA et dans 3 autres formations sanitaire à Bamako :

Structures	ASACOBONIABA		ASACOSEK		MUTEC		HPG	
	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA
Consultation médecine générale	300	600	300	500	200	1000	1000	
Accouchement	2000	2000	1600	1600	2000	10000	1500	
Circoncision	1000	1000	2000	2000	2500	2500	2000	
CPN	300	500	500	500	1500	1500	500	

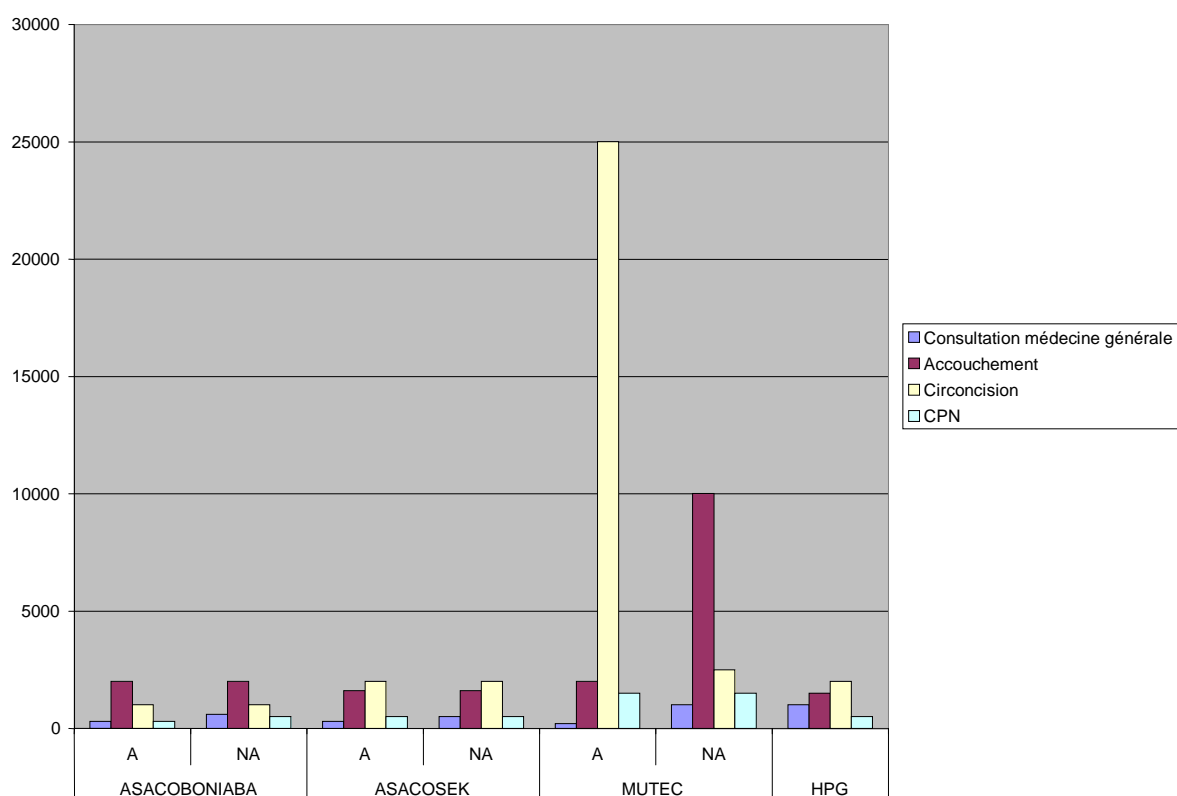


Figure 11 : Comparaison des tarifs pratiqués à l'ASACO BONIABA:

Les tarifs pratiqués à l'ASACO BONIABA sont sensiblement identiques à ceux des autres établissements de soins étudiés.

Nous constatons qu'aucune de ces associations n'a osé différencier les tarifs entre adhérents et non adhérents en ce qui concerne les accouchements ou les circoncisions à l' exception de la MUTEK au niveau des accouchements. Une telle décision renforcerait la vie associative.

D, Comparaison entre les prix des médicaments :

Tableau XL : Comparaison entre les prix pratiqués à l'ASACO BONIABA et ceux de la PPM

Produit	Prix unitaire		Rapport
	A	B	
	ASACOBONIABA	PPM	A/B
Paracetamol Cp 500mg	10	42,5	4,25
Chloroquine Cp 10mg	10	42,5	4,25
Amoxicilline gelule 500mg	50	62 ,5	1,25
Métronidazole Cp 250mg	20	81,5	4,07
Cotrimoxazole Cp 480mg	20	55,5	2,77
Mébendazole Cp 100mg	10	120	1,2
Métronidazole ovule	50	128,5	2,52
Furosémide	10	9,7	0,97
Butyl hyosine amp	180	115	0,63
Métronidazole Cp 500mg	35	50	1,42
Acide ascorbique	15	45	3

Cette comparaison montre que l'ASACO BONIABA pratique des prix généralement moins élevés que ceux de la PPM.

Les variations sont parfois importantes puisqu'elles vont de 1 à 4 sur des produits courants (chloroquine, paracétamol). Seuls quelques exemples tels que les furosémides et le butyle hyosine et ampoule sont en faveur de la PPM.

4.2 Résultats

4.2.1. Présentation des personnes enquêtées :

Tableau XLI : Répartition des personnes enquêtées selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	125	42%
Féminin	175	58%
Total	300	100

A partir de ce tableau on peut constater que le sexe féminin représente plus de la moitié des personnes enquêtées. Le sexe ratio est de 1,4 en faveur des femmes.

Tableau XLII : Répartition selon l'adhésion

	Effectif	Pourcentage
Adhérent	210	70%
Non adhérent	90	30%
Total	300	100

L'analyse de ce tableau nous permet de dire que les adhérents représentent la majorité des personnes enquêtées (70%).

Tableau XLIII : Répartition selon le sexe et l'adhésion

	Masculin		Féminin	
	N	%	N	%
Adhérent	100	80	210	70
Non adhérent	25	20	90	30
Total	125	100	100	100

Sur ce tableau, les adhérents représentent plus de la moitié des personnes interrogés dans les deux sexes.

Répartition selon l'âge et le sexe :

Tableau XLIV : Répartition des personnes interrogées selon l'âge et le sexe

Sexe	Masculin	Total
Age		
<15 ans	10	20
15-49 ans	95	220
50ans et plus	20	60
Total	125	300

La tranche d'âge de 15 à 49 ans constitue la grande majorité des personnes interrogées pour les deux sexes.

Le sexe féminin occupe la place la plus importante avec 125 contre 95 pour le sexe masculin.

Tableau XLV : Répartition des personnes enquêtées selon la profession

Professions	Chefs de famille	Autres membres	Total	%
Employé de banque	5	3	8	2
Cultivateur	18	45	63	21
Chauffeur	3	10	13	4
Commerçant	5	10	15	5
Mécanicien	8	5	13	4
Menuisier	5	5	10	3
Enseignant	4	10	14	5
Militaire	2	12	14	5
Ouvrier	3	15	18	6
Etudiant	5	20	25	8
Elève	8	18	26	8
Ménagère	13	30	43	14
Autres	11	27	38	12
Total	90	210	300	100

Les cultivateurs représentent la majorité des personnes interrogées (21%) suivis des ménagères (14%).

Répartition des chefs de famille selon leur année d'adhésion :

Tableau XLVI : Evolution de l'adhésion des chefs de famille interrogés au cours des 5 dernières années écoulées

	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
Adhérent	50	55	60	45	70	280	62
Non adhérent	40	35	30	45	20	170	38
Total						450	100

L'analyse de ce tableau nous permet de dire qu'au cours des 5 dernières années les adhérents ont représenté plus de la moitié des personnes interrogées.

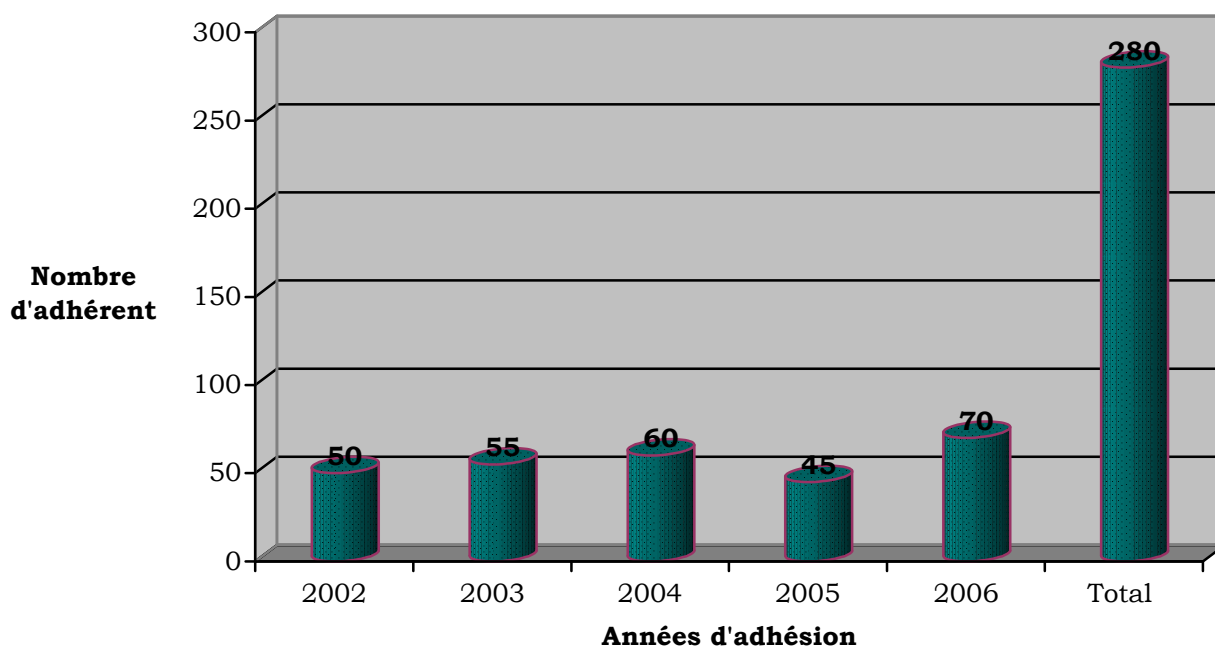


Figure 12 : Evolution de l'adhésion des chefs de famille interrogés au cours des 5 dernières années écoulées.

Répartition selon le niveau scolaire :

Tableau XLVII : Répartition selon le niveau scolaire des chefs de famille :

Niveau scolaire	fréquence	%
Primaire	15	17
Secondaire	20	22
Supérieur	15	17
Non scolarisés	40	44
Total	90	100

Les non scolarisés représentent à peu près la moitié des chefs de famille interrogés avec un taux de 44% suivis du niveau secondaire 22%.

Tableau XLVIII : Répartition de la population selon leur avis par rapport à la prestation du CSCOM

Avis	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Satisfait	145	48,3
Peu satisfait	100	33,3
Pas satisfait	26	8,7
Sans avis	29	9,7
Total	300	100

Par rapport à la qualité de la prestation, on retrouve une proportion assez élevée (48,3%) des personnes ayant une opinion positive sur la qualité des prestations fournies par le centre tandis que 8,7% de la population disent être non satisfaits des prestations du CSCOM et 9,7% sont sans avis.

Tableau XLIX : Répartition de la population selon leur avis par rapport à l'accessibilité du CSCOM

CSCOM	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Accessible	206	68,7
Accès difficile	94	31,3
Total	300	100

Selon le tableau 68,7% des personnes interrogées trouvent que le CSCOM est d'accès facile tandis que 31,3 % trouvent que le CSCOM est difficilement accessible.

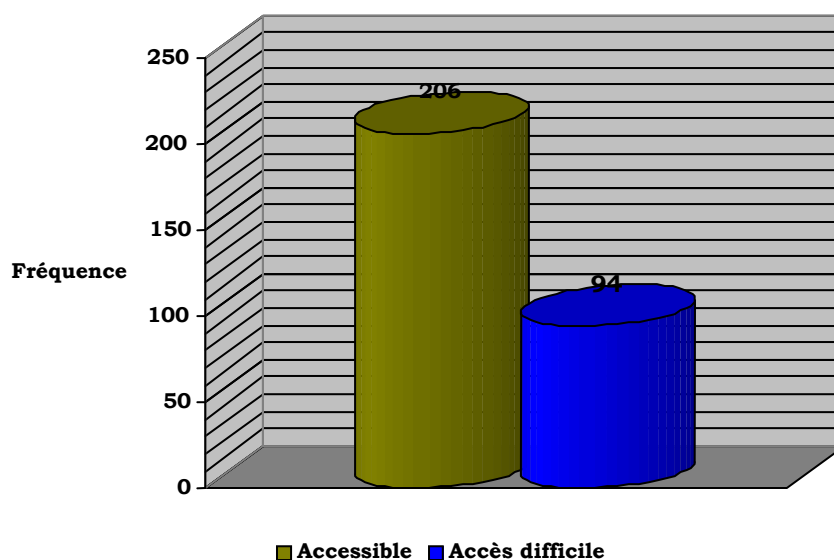


Figure13 : Répartition de la population selon leur avis sur l'accessibilité du CSCOM :

Tableau L : Répartition de la population par rapport aux difficultés d'accès au CSCOM.

Raison de l'accès difficile	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Non accessible par les transports en commun	47	15,7
Non accessible à cause de l'état de la route	33	11,0
Autres raisons	14	4,6
Total	94	31,3

Autres raisons : Mauvais emplacement ; route trop occupée par les gros porteurs ; et trop d'embouteillage.

Ainsi 15,7% des personnes interrogées pensent que l'accès du CSCOM est difficile car il est non accessible par les transports en commun; 11% de la population trouvent que la non accessibilité est due à l'état de la route ; 4,6% ont évoqué comme raison de non accessibilité l'embouteillage assez accentué sur ces rues.

Tableau LI : Répartition de la population selon leur avis par rapport au coût de la consultation

Coût de la consultation	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Cher	75	25,0
Moyen	161	53,7
Acceptable	64	21,3
Total	300	100

Par rapport au coût de la consultation 53,7% de la population trouvent que le coût de la consultation est moyen; tandis que seulement 21,3% trouvent que le coût de la consultation est acceptable.

Tableau LII : Répartition de la population selon leur avis par rapport au coût du traitement

Coût du traitement	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Cher	76	25,3
Moyen	154	51,4
Acceptable	70	23,3
Total	300	100

Ainsi 51,4 % de la population trouvent que le coût de traitement est moyen ; 23,3% de la population le trouvent acceptable.

Tableau LIII : Répartition de la population selon leur avis sur la compétence du personnel du CSCOM

Avis	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Compétent	240	80,0
Incompétent	60	20,0
Total	300	100

On trouve une proportion très élevée (80%) de la population qui pensent que le personnel du CSCOM est compétent ; tandis que 20% seulement le trouvent incompétent.

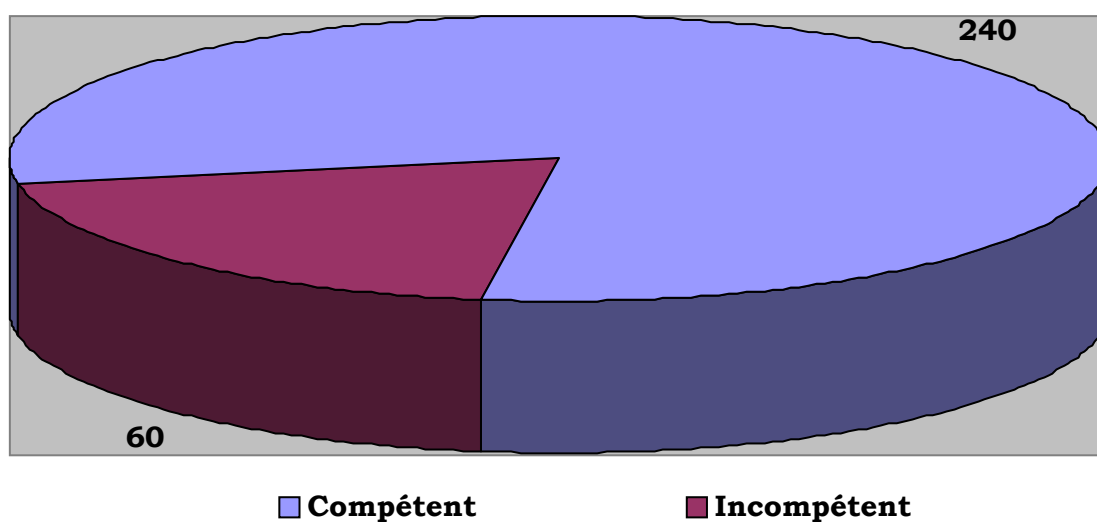


Figure14 : Répartition de la population selon leur avis sur la compétence du personnel du CSCOM

Tableau LIV : Répartition de la population selon les suggestions si le personnel est incompetent

Suggestion si incompetente	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Améliorer le niveau de formation du personnel	26	8,7
Améliorer la manière d'accueillir les malades	27	9,0
Avoir du matériel de prestation	7	2,3
Total	60	20,0

Par rapport à l'incompétence du personnel, 9% des personnes ont eu comme suggestion d'améliorer la manière d'accueillir les malades. Seulement, 2,3% pensent qu'il faut du matériel de prestations et 8,7% pensent qu'il faut améliorer le niveau de formation du personnel.

Tableau LV : Répartition de la population selon leur avis sur l'existence des cas sociaux pour les démunis

Existence de cas sociaux pour les démunis	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Oui	144	48,0
Non	156	52,0
Total	300	100

On constate que le nombre de personnes qui disent oui à la question de l'existence des cas sociaux pour les personnes démunies (52%) est sensiblement égal au nombre de personnes qui disent non à l'existence des cas sociaux pour les personnes démunies 48%.

Tableau LVI : Répartition de la population par rapport au financement des cas sociaux

Avis	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Etat	89	29,7
Communauté	55	18,3
Total	144	48,0

Ainsi 29,7% pensent que ces cas sociaux sont financés par l'Etat tandis que 18,3% pensent qu'ils sont financés par la communauté elle-même.

Tableau LVII : Répartition de la population par rapport à la connaissance du médecin

Connaissez-vous votre médecin ?	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Oui	147	49,0
Non	153	51,0
Total	300	100

Parmi les personnes interrogées, 51% disent qu'ils ne connaissent pas leur médecin et 49% disent le connaître.

Tableau LVIII : Répartition de la population par rapport à la connaissance de la sage femme

Connaissez-vous votre sage femme ?	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Oui	130	43,3
Non	170	56,7
Total	300	100

On constate que 56,7% des personnes interrogées disent qu'ils ne connaissent pas leur sage femme tandis que 43,3% disent la connaître.

Tableau LIX : Répartition de la population selon la réponse à la question qui paye le personnel de santé du CSCOM ?

Qui paye votre personnel de santé du CSCOM ?	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Etat	128	42,7
Communauté	172	57,3
Total	300	100

Ainsi 57,3% de la population disent que c'est la communauté qui paye le personnel du CSCOM et 42,7% pensent que c'est l'Etat qui paye le personnel du CSCOM.

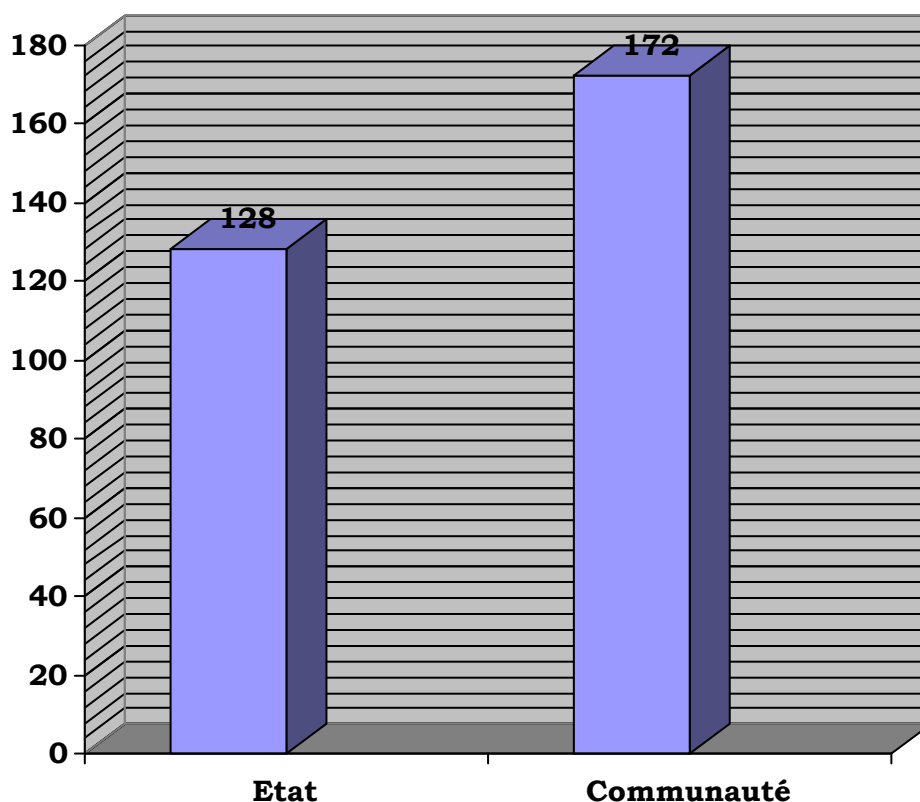


FIGURE15 : Répartition de la population selon l'origine du paiement du personnel du CSCOM

Selon le Graphique 15, 172 personnes pensent que le mode de paiement du personnel est communautaire tandis que 128 personnes pensent qu'il est étatique.

Tableau LX : Répartition de la population par rapport au paiement du personnel

Savez-vous ce qui est fait des recettes du CSCOM ?	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Oui	86	28,7
Non	214	71,3
Total	300	100

Une proportion importante de la population (71,3%) disent ne pas savoir ce qui est fait des recettes du CSCOM tandis que (28,7%) seulement des populations disent le contraire.

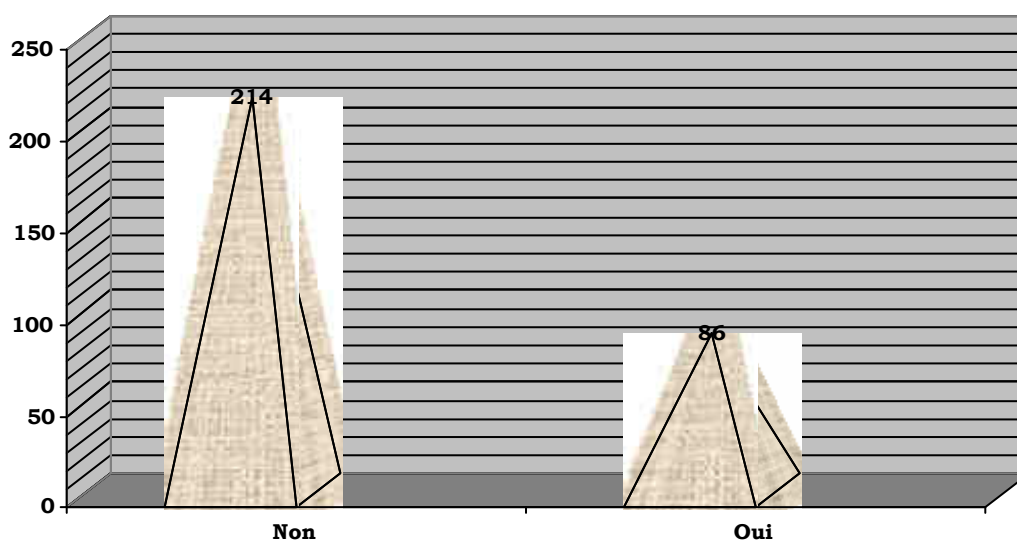


FIGURE16 : Répartition de la population selon leur avis par rapport à la gestion financière du CSCOM

Sur la figure16, nous constatons que plus de la moitié des personnes interrogées disent qu'ils ne savent rien de la gestion financière du CSCOM tandis que 86 personnes disent connaître ce qui est fait des recettes.

Tableau LXI : Répartition de la population par rapport au ravitaillement du CSCOM en médicaments.

Qui ravitaille votre CSCOM en médicaments ?	Fréquence absolue	Pourcentages (%)
Communauté	183	61,0
Etat	109	36,3
Bailleurs	8	2,7
Total	300	100

Plus de la moitié des personnes interrogées (61%) disent qu'il est ravitaillé par la communauté.

Tableau LXII : (Q1 X Q6) répartition de la population par rapport à la prestation de services du CSCOM et la compétence du personnel

Avis sur la prestation	Oui	Non	Total
Satisfait	126	19	145
Peu satisfait	76	24	100
Pas satisfait	11	15	26
Sans avis	27	2	29
Total	240	60	300

Ainsi, parmi les personnes interrogées plus de la moitié trouve que le personnel est compétent et sont satisfaites des prestations de services du CSCOM.

Tableau LXIII : (Q4 X Q13) Répartition de la population selon leur avis par rapport au coût de consultation et l'existence de cas sociaux au sein du CSCOM.

Gestion des recettes du CSCOM			
Coût de la consultation	Oui	Non	Total
Cher	22	53	75
Moyen	47	114	161
Acceptable	17	47	64
Total	86	214	300

Sur les 300 personnes interrogées, 214 (70%) disent qu'ils ne savent pas ce qui est fait des recettes ; 50% trouvent que le coût de consultation est moyennement acceptable, et 75 personnes trouvent que le coût de consultation est cher.

Seulement 86 (30%) des personnes interrogées disent savoir ce qui est fait des recettes.

Tableau LXIV : (Q13 X Q14) Répartition de la population selon leur avis par rapport à la gestion des recettes et le ravitaillement du CSCOM en médicaments.

	Communauté	Etat	Bailleurs	Total
Oui	59	25	2	86
Non	124	84	6	214
Total	183	109	8	300

On constate que 70% des personnes disent qu'ils ne savent pas ce qui est fait des recettes et 50% trouvent que le coût de consultation est moyennement acceptable et 75 personnes parmi les 300 personnes interrogées trouvent que le coût de consultation est cher.

Seulement 86 (30%) des personnes interrogées disent savoir ce qui est fait des recettes.

Tableau LXV : (Q4 X Q5) répartition de la population selon leur avis par rapport au coût de traitement et le coût de consultation.

Q4 \ Q5	Cher	Moyen	Acceptable	Total
Cher	48	18	9	75
Moyen	23	121	17	161
Acceptable	5	15	44	64
Total	76	154	70	300

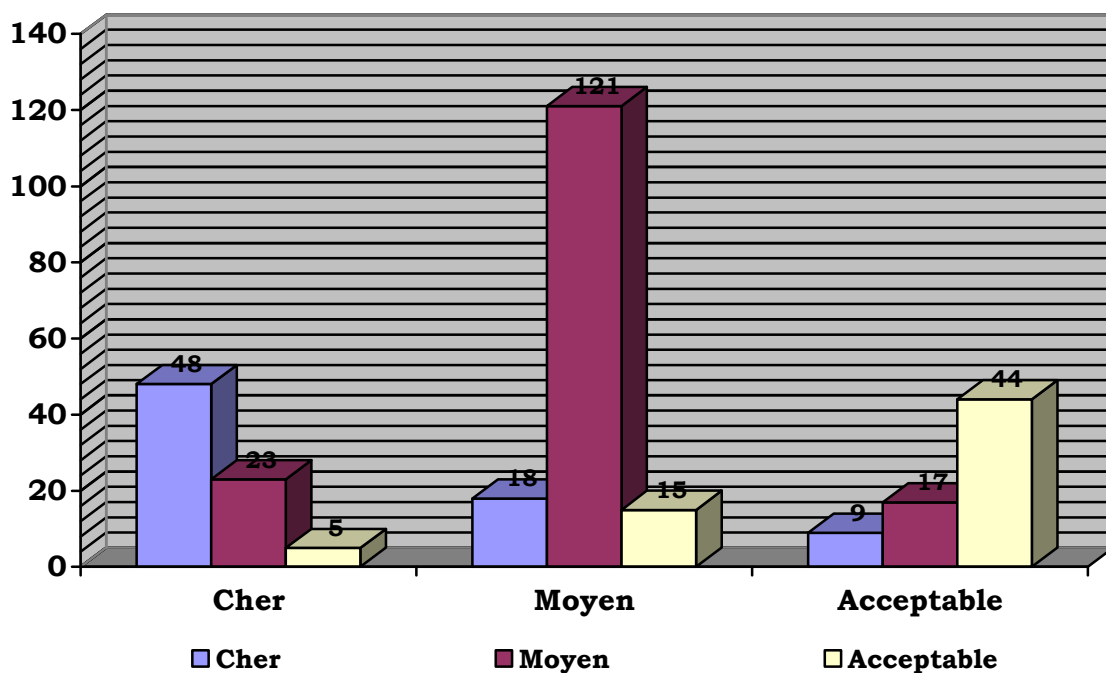


FIGURE17 : Répartition de la population selon leur avis sur le coût de la consultation et le coût du traitement

On constate que la majorité des personnes interrogées pensent que les coûts de consultations et de traitements sont moyennement acceptables.

Tableau LXVI : (Q8 X Q13) Répartition de la population selon leur avis par rapport à l'existence de cas sociaux pour les démunis au CSCOM et à la gestion des recettes du CSCOM.

Q8 \ Q13	Oui	Non	Total
Oui	56	88	144
Non	30	126	156
Total	86	214	300

La majorité des personnes interrogées disent ne rien savoir de la gestion des recettes du CSCOM et disent également non à la question de l'existence des cas sociaux au sein du CSCOM.

4.3 Commentaires :

A°) Validité et fiabilité de la méthode et des données :

La réalisation de la présente étude a été rendue difficile par le manque d'uniformité entre les différentes bases de recueil des données existantes et par le manque de recueil de certaines informations très utiles pour approfondir l'analyse (Salaire, budget, comptabilité).

Les supports disponibles ont été exploités manuellement puis ont fait l'objet d'une analyse informatisée grâce au logiciel épi info.

Les données des consultations médicales ont été estimées à partir des nombres d'ordonnances délivrées qui ont été dénombrées par an, et à partir des recettes qui ont été enregistrées.

B°) De l'organisation du travail au sein du CSCOM :

Les consultations médicales sont surtout assurées par les deux médecins et des étudiants en médecine.

En ce qui concerne la maternité, il y a une sage femme qui est chargée d'assurer les consultations prénatales, les accouchements, les PF, et les consultations postnatales ; en cas de descente de garde ces activités sont assurées par la matrone.

Au terme des études que nous avons menées sur le centre de santé BONIABA les résultats obtenus sont satisfaisants. En terme d'activité, le volume de consultation médicale externe enregistré ne reflète pas la réalité, de même que le nombre d'ordonnances délivrées.

Le rapport enfants vaccinés de moins d'un an sur ceux à vacciner a considérablement augmenté, ce qui, malgré le peu de fiabilité de ces informations, dénote une amélioration de la couverture vaccinale malgré la prise en charge d'enfant en dehors de l'aire d'intervention de l'ASACO BONIABA.

En termes de qualité de l'offre de soins, les consultations médicales sont surtout faites par deux médecins, ou un étudiant en médecine en fin de cycle. Un service d'accueil est mis en place avec un agent bénévole, ce qui améliore considérablement la qualité des soins.

L'ensemble des activités de consultations postnatales et des enfants sains sont faites dans des salles différentes, ce qui n'est pas le cas de certains CSCOM où les consultations (postnatales, enfants sains et PF) sont faites dans la même salle (ASACOBABA).

Le centre offre un paquet minimum d'activités permettant de donner des soins de qualité à la presque totalité de sa clientèle.

Les activités de laboratoire sont gérées par un gestionnaire comptable. La gestion des médicaments est assurée par le gérant de la pharmacie ; le médecin assure le contrôle et les inventaires. L'ensemble des recettes est versé au gérant de la pharmacie, qui les garde toute la semaine avant de le remettre au médecin chef qui est chargé de les verser à la banque.

Il n'existe pas un véritable système de gestion des stocks. Les ruptures de stocks de médicaments sont constatées par le gérant lui-même au moment où se présente un client. Les inventaires annuels qui sont réalisés sans les participations des membres du bureau peuvent laisser la porte ouverte à tous les abus. Lors du service de garde la pharmacie est fermée et la vente des médicaments de garde constituée en majeure partie d'injectables est assurée par le personnel de garde. L'agent de garde après la consultation encaisse le prix des médicaments qu'il vient administrer au malade ce qui pose des problèmes d'éthique et de gestion. Les soins donnés au CSCOM de Bozola semblent d'une qualité satisfaisante.

L'accueil réservé aux patients est peu correct ; mais les patients attendent très peu de temps compte tenu du fait qu'il y a deux médecins chargés des consultations. Le respect des compétences dans la prescription ; le coût moyen des ordonnances (700 F CFA) et le nombre moyen de produit par ordonnance répondent à des préoccupations de qualité. Aucune action n'est entreprise en faveur de la formation continue alors qu'elle est réclamée par la majorité des agents du CSCOM et par la population elle-même. De même les réunions entre le personnel et les membres du comité d'une part, et les agents entre eux d'autre part ne sont pas entreprises dans les délais et les périodes fixés par le CA.

En terme d'équité dans l'offre des soins, il n'y a pas de système de prise en charge des indigents ni de médicaments d'urgences pour les premiers soins. Mais le médecin chef décide souvent de prendre certains cas urgents en charge en utilisant uniquement les médicaments existants à la pharmacie de l'ASACO. Un difficile problème reste posé en termes de définition des critères d'identification des personnes démunies. Seulement quelques démunies sont prises en charge au niveau des centres de références surtout par la mutualité.

C°) De la participation communautaire :

Le C.A a entrepris peu d'initiative en terme de sensibilisation des populations afin de leur permettre une implication réelle dans le fonctionnement du centre. Ceci est manifeste à l'analyse des opinions de la population bénéficiaire ou moins de 20% de la population ont entendu parler d'un C.A qui dirige le centre, pire les représentants siégeant au comité de gestion ne sont presque pas connus.

La transmission des informations sur le centre se fait surtout de proche en proche puisque plus de la moitié des personnes qui connaissent l'ASACO BONIABA le sont par un ami, ou un voisin.

Après tant d'années d'activités, le CA devrait être connu des bénéficiaires. Cet organe constitue la clé de la communautarisation du centre de santé. La population n'est pas informée de la gestion des ressources financières. A peu près 70% de la population ne connaissent pas la destination des fonds générés par centre ainsi que la gestion des recettes acquises par le centre.

« Si un système de santé en déficit chronique n'est pas viable et ne peut qu'entraîner des blocages, il faut néanmoins refuser de voir dans la viabilité financière le seul indicateur de bonne santé du système. »

L'efficacité ne se réduit ni à la seule participation sociale sans mobilisation des ressources humaines et financières, ni à la seule rentabilité qui peut exclure les plus démunies.

Même si l'ASACO BONIABA équilibre parfois ses comptes, cette viabilité financière est une condition nécessaire mais pas suffisante à la pérennité du CSCOM. La pérennité est liée à l'adhésion de la population de l'aire de santé. Sa mobilisation dépend en grande partie de l'action du CA et aussi du personnel du centre. Les instances dirigeantes du centre doivent être de vrais acteurs de l'implication de la

population de l'aire de santé de l'ASACO BONIABA. Leur efficacité pourrait se voir si les bilans annuels étaient régulièrement élaborés, présentés et discutés avec la population desservie. Dans cette optique l'ASACO BONIABA pourrait créer des relations avec les structures participatives comme GIE Saniya de la commune 2 ; l'association des femmes ; et beaucoup d'autres structures de la société civile de l'aire de santé.

L'assise sociale du CA serait alors élargie et la population se sentirait beaucoup plus impliquée dans la gestion de ses problèmes de santé. Dans cet élan le CA devrait inviter le personnel du centre à faire des causeries sur des thèmes de santé choisis par la population dans les lieux et selon les horaires convenus. Ce dialogue devrait aussi porter sur l'analyse avec la population du taux de fréquentation de certaines activités comme la consultation préventive des enfants sains, ou la CPN et C POST N, ou le circuit financier. Cette entrevue permettrait aux populations d'être mieux informées sur le mode de fonctionnement de leur structure de santé et au CA d'identifier une méthode pour détecter les indigents en vue de leur prise en charge éventuelle. L'exposition de ces résultats concrets à la communauté permettrait d'acquiescer leur confiance et ensuite leur adhésion à l'ASACO BONIABA.

5. CONCLUSION

Au terme de cinq (5) ans d'activités du centre de santé communautaire BONIABA on peut considérer que le bilan est positif. Son mérite est d'avoir surtout répondu à la grande majorité des besoins sanitaires des populations des quartiers desservis.

Le centre a exécuté le contrat initial assigné par son Conseil d'Administration : assurer aux malades une offre de la meilleure qualité possible, et ce à travers 3 critères fondamentaux :

- respect des règles de la médecine,
 - prescription de médicaments présentés sous leur dénomination commune internationale,
 - tarification compatible avec le pouvoir d'achat de la majorité.
1. Du point de vue technique, le centre a effectué un total de 13000 consultations en 2005, contre seulement 4000 consultations en 2002. Ces chiffres résultent d'une progression de la fréquentation du centre d'année en année.
 2. Cependant le centre laisse apparaître certaines faiblesses qui, sans compromettre son avenir, exigent des solutions adéquates et rapides :
 - l'insuffisance du service de garde : elle est souvent assurée par un infirmier, une matrone, ou même un aide soignant ;
 - une gestion trop routinière : on ne sent pas une dynamique suffisante pour assurer le développement du centre ;
 - le manque d'asepsie dans la salle de pansement ;
 - un accueil qui ne répond pas toujours aux normes minimum d'un service sanitaire.
 3. Plusieurs solutions peuvent être envisagées :
 - la formation continue du personnel ;
 - l'information régulière de la population sur les activités du centre ;
 - le personnel du centre doit être davantage associé à la recherche de solutions pour en améliorer le fonctionnement et l'impact à travers un suivi étroit de la situation technique et financière ;
 - le médecin chef doit procéder à un contrôle régulier des tâches de ses agents.
 4. Les résultats enregistrés lors de cette étude montrent que :
 - contrairement aux inquiétudes exprimés par certains, l'avenir de la médecine privée au Mali ne débouche pas seulement sur l'application d'une médecine réservée aux riches laissant à l'Etat le soin de s'occuper de l'immensité des familles aux revenus modestes ;

- la mise en œuvre de la politique de médicaments essentiels pose souvent des problèmes techniques déjà dénoncés, en ce qui concerne, d'une part, leur technique de préparation, surtout par rapport à la fiabilité (du fait de l'incertitude du dosage inscrit sur le conditionnement et des conditions de préparation, mais aussi de la provenance suspecte de la majorité des médicaments en DCI dans notre pays), l'opposition de certains agents de santé et, d'autre part, le refus du malade. Les médecins diplômés de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie sont parfaitement capables d'adopter immédiatement un tel mode de prescription sans bénéficier de la moindre formation préalable ;
- les activités techniques et financières du centre de santé BONIABA ne sont pas indépendantes des autres structures sanitaires de l'Etat et des ONG, même le salaire du personnel ne peut être pris en charge totalement par le centre lui-même. Ces résultats laissent penser que l'application des règles de gestions d'entreprise crée les conditions indispensables pour susciter une bonne qualité de l'offre.

6. Recommandations

6.1. Au plan institutionnel :

1. La tenue des AG doit être garantie en demandant au bureau de présenter un bilan annuel du CSCOM (Bilan aussi bien financier que technique.) C'est dire que sur le plan financier, la population doit être largement informée sur l'état et la gestion des recettes.

2. Des instruments de contrôle de gestion doivent être mis en place afin de prévoir les déficits éventuels et les mécanismes de leur compensation pour garantir la survie de la structure.

3. Une dynamique de collaboration fonctionnelle mais non hiérarchique doit se développer entre les structures socio sanitaires communales.

4. Les agents du CSCOM quant à eux doivent se convaincre qu'ils sont aux services des communautés qui louent leurs services pour garantir leurs accès à des soins de qualité au coût le plus bas possible. Cependant, sans contrôle régulier et rigoureux des populations, il existe un risque permanent de déviation. Fort heureusement les choses ne sont pas empreintes de juridisme, et la responsabilité morale des membres du comité vis-à-vis de la collectivité compense pour le moment les lacunes évoquées.

Les communautés doivent prendre conscience de leur véritable place dans la poursuite de l'expérience au risque de voir la santé communautaire prise en otage par les techniciens de santé.

Les communautés doivent s'organiser dans un cadre démographique afin d'assurer l'alternance à la direction des instances de l'association et éviter l'accaparement par une minorité des membres généralement non élus.

6.2. Au plan associatif :

1. Impliquer davantage les membres du bureau de l'association au quotidien du centre de santé par le respect de la tenue des réunions statutaires. Assurer la tenue régulière de véritables AG largement annoncées.

2. Former les membres de l'association en gestion et aux techniques modernes d'animation et de mobilisation sociale.

3. Amener les populations de l'aire de couverture du centre à adhérer à l'association et à participer activement à la vie associative. Effectuer une large diffusion des cartes d'adhésion en assurant une large information des chefs de famille.

4. Assurer un véritable contrôle des pouvoirs publics sur le respect par l'association de ses statuts et de ses comptes.

5. Assurer la conduite régulière de grands programmes d'action sanitaire afin de se faire mieux connaître (Journée Sida, palu ; journée de l'enfant ; etc.)

6.3. Au plan de la gestion du centre :

1. Prévoir une gestion informatisée du centre.

2. Créer des salles d'attente et un véritable service d'accueil.

3. Introduire un véritable système de gestion des stocks.

4. Assurer les services de garde par les médecins.

5. Aseptiser les salles de pansements.

6.4. Au plan général :

1. Former les médecins à l'organisation et à la gestion d'un centre de santé, afin d'obtenir une meilleure organisation du travail.

2. Responsabiliser les différents agents du centre de santé, en particulier les chefs d'unités.

3. Instituer la formation continue du personnel par la tenue régulière de sessions de recyclage des agents.

4. Recruter une deuxième sage femme pour une meilleure prise en charge des femmes.

5. Instaurer des réunions interpersonnelles périodiques pour évaluer les activités du centre et la performance des agents.

6. Motiver le personnel par la formation, et la définition d'un plan de carrière.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : Ramatoulaye

Titre : Evaluation du CSCOM (BONIABA) de Bozola, de Niaréla et de Bagadadji au terme de 5 ans d'activités 2002 - 2006.

Thèse : Pharmacie

Année de soutenance : 2007 - 2008.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique.

RESUME

Le CSCOM BONIABA, créé en 1994, est une structure sanitaire à but non lucratif, à durée indéterminée.

L'objectif de ce CSCOM, qui est de faciliter une prise en charge fiable des patients dans un bref délai, n'est pas totalement atteint, cela, à cause d'un manque d'équipements et de personnel.

Le CSCOM BONIABA ne peut pas assurer une prise en charge de son personnel avec ses propres revenus ; il est épaulé par l'Etat, d'une part, et par la communauté, d'autre part.

Le centre accuse des fois un déficit budgétaire et, parfois, enregistre des bénéfices assez importants. En ce qui concerne le ravitaillement du CSCOM en équipements, il est surtout assuré par la coopération angevine.

Le centre tire essentiellement ses revenus de la vente des médicaments, des tickets et cartes d'adhésion, et des activités du laboratoire.

MOTS CLES

CSCOM ; gestion ; ordonnance ; médicament ; recettes ; traitement.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

1. KASSAMBARA M. :

« Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain (commune V Bamako) ENMP. Bamako. 1989. 179P. Thèse méd. 92p 89.

2. Blihissa B. :

« Etude épidémiologique du CSCOM de l'ASACOBABA »Thèse de médecine FMPOS ; Bamako 1997 ; 57P.

3. ASSACOSEK :

« Rapport d'activités du conseil d'administration pendant la période du 6/11/94 au 31/12/95 ».

Document polycopié ; Bamako Janvier 1996.

4. Brunet – Joseph Jailly :

« La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako » Publication ORSTOM-INRSP, Bamako 1988. 168P.

5. Médecins Du Monde :

« Rapport annuel des magasins de santé du cercle de Bankass ».

Document polycopié Mopti ; Janvier 1988.9P.

6. Ministère de la santé publique et des affaires sociales :

«Etude pour la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique rapport pharmaceutique provisoire ».Mission export CEE. BK 1991.

7. Mahamat Nour AZALO :

Qualité de la surveillance prénatale du CSCOM de Miprana de Magnambougou en commune VI du District de BKO d'Octobre à Novembre 2004 FMPOS 2005. 82P. thèse médecine p05.

8. SANOGO Abdoulaye :

Bilan annuel de l'activité du service des urgences de l'HGT. 1988 .68P. Thèse médecine p88

9. OMS :

« Sélection des médicaments essentiels ».Série de rapport technique 615 ; OMS Genève. 1977.

10. BAKAYOKO Oumar :

Evaluation du CSCOM de Sébénikoro-Kalanbancoura au terme de 5 ans d'activités 1992-1996. Thèse médecine 95p96.

11. Proust A. Bouvet F. Dusseau E. Hofman H. :

« Contraception en gynécologie ; régulation des naissances » Edition Vigot ; Paris 1982. 185P82

12. Kanté A:

Paludisme grave et compliqué chez l'adulte au CSCOM de N'Tomikorobougou. FMPOS 2005. 54P. Thèse médecine 165 p05.

13. SANGARE M. :

Prestation, achat et utilisation des médicaments dans le cercle de Nioro ENMP, BKO, 1988. 99P. Thèse pharmacie 122p888

14. KWENE F:

« Evaluation du CSCOM de Magnambougou ». FMPOS. 1997. P154. Thèse pharmacie 215p97.

16. TOURE A :

« Evaluation du centre de santé de la MUTEK après sa première année d'activité. » ENMP. 1992. 137P.

17. Alihonou AG :

« Utilisation des médicaments essentiels comme base du financement communautaire à Pahou. » Bénin. Mai 1987. 57p87.

18. DEMBELE .S

Evaluation du nouveau service des soins intensifs de l'HPG du 01-01-95 au 31-12-97. FMPOS. 1998. 71P.

19. BAMBA M :

Etude critique des paramètres dans le centre de santé de référence de la commune 5: (A propos de 3878 cas) FMPOS. 1998. 34P. Thèse pharmacie 79p98.

20. BOIRE M :

Evaluation de la qualité des soins dans certains services médicaux ; médico-techniques et pharmaceutique de l'HGT. FMPOS.2007-79P. Thèse médecine 136p07.

21. GOITA N :

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynéco obstétrique du CS de Réf de la commune 5 du district de BKO. FMPOS. 2006. 66P. Thèse médecine 193p 06.

22. KONE A :

Pratique de prescription dans le CSCOM et utilisation des médicaments par les populations. FMPOS 2005. 37P. Thèse pharmacie 93p05.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'enquête personnelle

Questionnaire d'enquête :

I. PERSONNEL:

1- Quel est la date de création de votre CSCOM ?

2-quel est le nombre d'agents de votre CSCOM ?

3-Quels sont les services disponibles dans votre CSCOM ?.....
.....

4- Qui finance le CSCOM ? Etat : Communauté:

5-Quels sont les affections les plus courantes ?.....
.....

6- Quelles sont les stratégies de lutte contre les épidémies ?

a- préventive : b- curative :

-Si prévention : vaccination : sensibilisation :

-Si curative, quelles sont les stratégies de prise en charge des patients ?

Hospitalisation : référence:

7- Les cas urgents : hôpital national :.....
Centre de référence communautaire :

8-Faites vous la sensibilisation des femmes à faire les consultations prénatale et post-natale ?

Oui : non :

Si oui comment ?

Par conseil pratique :.....
Par subvention du coût de consultation :
Par subvention du coût de traitement :

Annexe 2 : Questionnaire population :

POPULATION :

1- Etes-vous satisfait des prestations de votre CSCOM ?
a- satisfait b - peu satisfait c- pas satisfait sans avis

2 Votre CSCOM est-il facilement accessible ?

Oui : non :

Si non pourquoi ?.....

3-Coût de consultation : cher: moyen : acceptable :

4-coût du traitement : cher: moyen : acceptable :

5- Le personnel de santé de votre CSCOM est-il compétent ?

Oui : non :

Si non quelles sont vos suggestions ?.....

6- y a-t-il des cas sociaux pour les personnes démunies dans votre CSCOM ?

Oui : non :

Si oui qui finance ces cas sociaux ?

Etat : Communauté:

7-Connaissez vous votre médecin ? Oui : non :

8-Connaissez vous votre sage-femme ? Oui non :

9- Savez vous qui paye personnel de santé ? Oui : non :

10- Savez vous ce qui est fait des recettes ?

Oui : non :

11- Selon vous comment est ravitaillé votre CSCOM en médicaments ?.....

.....
.....

SERMENT DE GALIEN



Je jure, en présence des Maîtres 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'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !