

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
DU MALI  
SUPERIEUR ET DE  
une Foi

REPUBLIQUE

Un Peuple – un But –

LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

# UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 – 2010 N°.....

**Thèse:**



**Etude de la gestion des ASACO :**

**Le cas des CSCOM 1 et 2 de  
Boukassoumbougou au sein du  
district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2010

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

(F. M.P.O.S)

*Par: Mlle. SANAMA BAGADEMA Don Carléone*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**Jury :**

**Président :**            *Pr. Saharé FONGORO*

**Directeur :**            *Pr. Samba DIOP*

**Membre :**              *Dr Aly CISSE*

## **DEDICACES**

### **Je dédie ce travail:**

#### **A L'éternel tout puissant**

Merci seigneur

Pour la vie que tu m'as donné.

Pour la protection que tu m'as accordé durant toutes ces années  
en guidant et en éclairant mes pas.

Pour la vie et les moyens que tu as mis à la disposition de mes  
parents, afin qu'ils puissent toujours subvenir à mes besoins et à  
ceux des miens.

Pour la santé, le courage, la volonté, la force, l'espoir et la  
persévérance que tu m'as donné pour faire ces études et réaliser  
ce travail.

Augmente ma foi et aide-moi à rechercher toujours ton salut.

#### **A MON PERE MR BAGADEMA NKOUME FONKIZEUS**

Depuis toute petite, tu m'as appris Papa à aimer le travail bien fait, tu m'as inculqué ta rigueur et ton amour pour les sciences. Tu as toujours voulu ce qu'il ya de mieux pour tes enfants. Je me souviens de l'année où j'ai eu mon brevet, j'avais très envie de faire la littérature mais tu m'as inscrit en seconde scientifique. J'étais pas du tout contente que tu décides pour moi, mais après j'ai compris pourquoi tu l'as fait. Merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'avoir fait prendre conscience de mes atouts. Merci également pour ton soutien, ton affection et ta protection. J'espère que j'ai réussi à satisfaire tes attentes et que tu seras toujours fier de moi.

Que le seigneur te bénisse et t'accorde longue vie.

### **A MA MERE Mme BAGADEMA Née BETSEMI JACQUELINE**

Maman, aucun mot ne saurait vraiment décrire ton immense personnalité mais daigne accepter ces quelques compliments. Tu es celle qui a toujours été là pour moi. Durant toutes ces années tu m'as soutenu par ta présence, ta compréhension, tes encouragements et tes précieux conseils. Tu t'es toujours battu corps et âme, pour offrir à tes enfants ce qu'il y avait de mieux pour eux. Tu as toujours satisfait le moindre caprice de tes enfants, et mis leurs besoins au premier plan au point de t'oublier toi même des fois.

Ta force d'esprit, ta combativité, ta simplicité, ta gentillesse, ton humilité, ta foi et surtout ton optimisme sont les nombreuses qualités qui m'ont toujours fasciné chez toi.

Je voudrais que tu saches que ce travail est aussi le tiens, c'est le fruit de tes innombrables efforts.

Tous les jours, je prie le seigneur afin qu'il te garde en bonne santé, t'accorde longue vie, te permette de profiter du fruit de ton travail, et qu'à mon tour je puisse te chérir comme tu l'as fait pour moi. Et je ne voudrais pas manquer l'occasion de te redire une fois de plus que je t'aime maman, et je suis fière de toi car tu es mon modèle de femme.

### **A MES FEU GRAND-PERES, SERGENT NKOUME ET MONKAMA MATHIEU**

Je n'ai pas eu la chance de vous connaître car le seigneur vous a rappelé à lui très tôt. Néanmoins, l'image que j'ai de vous est celle d'hommes de principes et j'en suis ravi. J'espère de tout cœur que vous êtes fières de moi, où que vous soyez. Que puisse vos âmes reposer en paix.

### **A MON FEU GRAND-FRERE MOGNO PARFAIT**

Mon cher frère, nous n'avons même pas eu le temps de nous dire au revoir car, la mort t'a emporté si brutalement et si jeune. Ce

souvenir m'a toujours rendu triste, mais ce qui m'a souvent consolé c'est de penser que tu es sûrement en paix dans le royaume de Dieu. Tu sais je ne t'ai jamais oublié, et chaque fois je prie afin que ton âme soit toujours en paix. Pardon de n'avoir pas su te comprendre de ton vivant, on était si jeune tu sais. J'espère que de là où tu es, t'es fière de ta petite sœur et que tu partage en ce jour la joie familiale. Que la terre de nos ancêtres te soit légère.

**A MES FRERES ET SŒURS : Bibiane Ambadiang, kyky Bagadema, Anne Bagadema, Yolande Bagadema, Jack et Benjamin Bagadema.**

Vous avez contribué d'une manière ou d'une autre, de près ou de loin à cette formation. Merci pour votre affection, vos prières, et pour les efforts fournis afin qu'on puisse toujours garder le contact, malgré la distance qui nous a séparé durant toutes ces années. J'aimerais qu'on partage ensemble cette réussite et cette joie que j'éprouve en ce jour, et que vous sachiez que ce travail est le nôtre. Je prie le seigneur tous les jours afin qu'il accorde à chacun de vous la Santé, la Paix, le Bonheur et la Réussite dans tout ce que vous entreprendrez. Mon souhait le plus cher, c'est qu'on soit à nouveau réuni tous comme au bon vieux temps.

Je vous aime, ne l'oubliez pas.

## **REMERCIEMENTS**

### **A ma grande soeur, Docteur Bibiane Ambadiang**

Merci beaucoup à toi cher grande soeur de m'avoir prise sous ton aile, et d'avoir guidé mes premiers pas dans le monde médical

durant toutes ces années. Grâce à ton soutien et tes précieux conseils, tu m'as appris plein de choses et je te suis vraiment reconnaissante. Tu as toujours voulu partager ce que tu savais avec tes proches. Je me souviens de toutes les fois où tu m'as pris avec toi pour aller garder à l'hôpital, c'était génial de t'avoir comme professeur. Saches que tu as formé un médecin, car ce que je suis aujourd'hui c'est en parti grâce à toi. Je sais également que ça n'a pas toujours été facile entre nous, mais nous avons toujours malgré tous nos différents et nos différences, su préserver l'essentiel: les liens sacrés du sang. Pardon pour tous les torts que je t'ai fait et aussi, pour toutes les fois où je n'ai pas compris que ce que tu faisais, c'était pour mon bien. J'en profiterai également pour te dire que je t'admire beaucoup: ton courage, ta persévérance, ta détermination à toujours aller de l'avant, et ton caractère maternel sont les nombreuses qualités que j'ai toujours apprécié chez toi. Saches que je suis très fière de toi, car tu es mon modèle de médecin. Que le seigneur te bénisse et tous tes projets avec.

### **A un ami très cher,**

Nel grand merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu m'as soutenu durant ces dernières années du mieux que tu pouvais, et avec les moyens que tu avais. Tu as toujours pris la peine de m'écouter sans me juger quelle que soit la gravité de mes erreurs, tout en me donnant des conseils. Chaque fois que je baissais les bras ou que je tombais, tu étais toujours là pour m'aider à me relever. Tu m'as appris à être humble, sociable et respectueuse vis à vis des autres. Ta simplicité, ton respect pour autrui, ta bravoure, et ton amour pour les sciences sont autant de qualités qui m'ont toujours fasciné chez toi. J'oublierai pas les moments

passés avec toi, saches que tu reste mon ami pour la vie. Je ne saurais jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour moi, mais le seigneur te le rendra. Que puisse le Seigneur guider tes pas et éclairer ton chemin où que tu sois, et dans tout ce que tu réalisera.

### **A mon beau-frère, Docteur Doumbia**

Merci du fond du coeur très cher beau- frère pour tous tes précieux conseils, et aussi pour l'aide précieuse que tu m'as apporté au cours de la rédaction de cette thèse. Ta simplicité et ta combativité sont ce qui font de toi un grand homme. Ne change surtout pas, et qu' ALLAH te soutienne dans tous tes projets.

### **Au Docteur AMBROISE NTAMA**

Merci pour l'attention, l'estime, l'affection que tu me donnes et bien plus encore. Saches que ça me touche énormément et ça m'honore beaucoup. Merci également de bien vouloir assister à ma soutenance malgré ton emploi de temps chargé, et partager avec moi cette joie. C'est l'un des plus beaux cadeaux que tu puisse me faire, et sois en sûr que je te le rendrai.

Je t'admire beaucoup tu sais, car tu sais ce que tu veux, t'es très aimable, confiant et rassurant. Que puisse le Seigneur exhausser tous tes voeux et te prêter longue vie.



**A mes cousins: Dong thierry, Abelé prudence, Bambino ayangma**

Merci pour vos précieux conseils et votre affection.

**A mon oncle, Mouko Nkoumé daniel**

Merci beaucoup cher oncle pour le soutien que tu m'as apporté,  
et aussi pour ta compréhension.

**A mes tantes: tantine Nyanga, tantine Géné**

Vraiment merci pour votre affection, et pour tous les conseils que  
vous m'avez donné depuis toute petite. Dieu vous le rendra  
volontiers.

**A mes amis (es) de Ntui: aimé Messina, marianne Kilé, eric Nouka,  
Docteur patrice Dembelé**

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et aussi, pour  
votre belle amitié et votre soutien moral durant toutes ces années.

## A mes amis (es) de la Fac

**Tsambou axel:** j'oublierai jamais nos moments passés à Ngoa Ekélé; c'était cool. Merci pour l'affection et l'estime que tu as toujours eu à mon égard, et courage pour tes études.

**Loumou eugenie:** tu as toujours été comme une seconde grande-soeur pour moi, et je te suis vraiment reconnaissante pour toute l'affection et le soutien que tu as su me donner. Saches que cette réussite est aussi la tienne, car je sais combien tu tenais à faire médecine. Que le seigneur te bénisse.

**michelle Bella:** michou merci pour ton amitié, ton respect et ton affection car tu as beaucoup fait pour moi. Que Dieu te garde et t'accompagne dans toutes tes entreprises.

**carolle Waffo:** merci du fond du coeur Caro, pour ta gentillesse, ton hospitalité, ta simplicité et pour l'amitié que tu m'as offert. J'oublierai jamais les moments de galère et de stress passés avec toi pendant les compositions, ça me manquera toujours et toi avec. Du courage à toi pour ta thèse, que le Seigneur t'aide dans tous ce que tu entreprendra. Reste la fille cool, courageuse et battante que tu es; ne change surtout pas.

**romaric Bambatsi:** mon meilleur pote de tous les temps, je ne pourrais pas oublier les moments passés avec toi dans cette

faculté même si je le voulais. Car tu as toujours été là pour me soutenir comme un grand-frère, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour tes conseils et pour tout ce que tu m'as appris. Ton humilité, ton humanisme, ta simplicité et ton amour du travail bien fait sont les nombreuses qualités qui feront toujours de toi un grand homme. Merci pour tout et du courage pour ta thèse.

**annie Tchana:** merci Annie pour l'affection et l'estime que tu m'as toujours porté. Merci aussi pour tes encouragements; le numérique nous a séparé, mais on a su malgré tout préserver notre amitié. Saches que je ne t'ai pas oublié, courage pour tes études.

**josiane signé:** merci josi pour tout ce qu'on a partagé et vécu ensemble. Je te souhaite tout ce qu'il ya de mieux pour toi car tu le mérites vraiment. Reste la fille simple et travailleuse que je connais. J'espère qu'on gardera le contact. Beaucoup de courage à toi pour ta thèse.

**Michele Ifouta:** merci ma chérie pour la positive attitude que tu m'as toujours communiqué, tu es extraordinaire.

**A ma promotion " Segalen" , particulièrement à : christelle Monkam, rodrigue Tchokin, noel Chapi, christelle Njonjo.**

Et une pensée pieuse pour **nancy Young** et **frédéric Mentz** qui nous ont quitté: que vos âmes reposent en paix.

**Au parrain de la promotion Segalen, Docteur Didier Beleck**

Merci pour ton soutien et tes précieux conseils; t'es un homme respectable.

**A la promotion Pradier**, particulièrement à **Ngo lise lipenda**: merci pour ta gaité, ta bonne humeur, et courage pour tes études.

**A la promotion Cesar**, particulièrement à **Michou** et **Daly**.

**A la promotion Degaulle**, particulièrement à **Prudence et lionel Tchamo**: merci pour votre amitié, votre simplicité et votre gentillesse. Du courage pour vos études.

**A la promotion Asturie**, particulièrement à **goliathe Monkam**: vraiment merci du fond du coeur pour ton estime, ta gentillesse et ton humilité. Je sais que t'es quelqu'un de bien et que tu mérites de réussir. Que le Seigneur t'aide à avoir ton concours.

**A la promotion States**, particulièrement à **Maxime Nana**: du courage pour ton concours, j'espère de tout coeur que tu l'aura.

**A mes amis (es) du Mali**: karamba Touré, Touré fatoumata, kassogué, maman germaine Dakono, samba Diarra, fatou Seck, alidji Haidara, Seyba, abdramane Kané, sidi.

Au personnel du service d'Hospitalisation du CSREF de Korofina.

Au personnel du service de Gynécologie du quartier Mali.

Aux présidents du comité de gestion des ASACOBOL 1 et 2.

Au personnel de santé des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou.

Au personnel de la Mairie de Korofina.

A tous ceux qui m'ont tendu la main d'une manière ou d'une autre, et dont j'ai pas cité les noms.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du Jury**

**Pr Saharé FONGORO**

- **Maître de conférences.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher Maître,

C'est un sacré privilège et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité et votre simplicité.

Vos qualités humaines et votre attachement aux patients font de vous un maître particulier et admiré de tous. Vous restez pour nous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profond respect.

## **A notre Maître et membre du Jury**

### **Docteur Aly CISSE**

- **Ancien médecin directeur de l'ASACO de Koulouba**
- **Ancien médecin généraliste au Cabinet médical Liberté**
- **Actuel Médecin directeur de l'ASACO de Sogoniko**

Cher Maître,

Merci à vous d'avoir accepté de nous accorder une partie de votre précieux temps en faisant partie de ce jury,

Votre jugement est d'une extrême importance pour la validation de ce travail,

Nous vous prions d'accepter cher Maître l'expression de notre grande admiration.

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Samba DIOP**

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant – chercheur spécialisé en « Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique » ;**
- **Responsable de la section « Sciences humaines et sociales » de SEREFO : Initiative de recherche formative sur le VIH-TB / FMPOS –NAID ;**
- **Enseignant – chercheur en « Ethique et sciences » au DEA d'anthropologie de l'Institut supérieur de formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako ;**
- **Enseignant – chercheur en « Ethique, sciences et techniques » au Centre universitaire d'études virtuelles (CUEVA), à l'Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako ;**
- **Point Focal sous-régional au Mali des cours des Masters 1 et 2 en éthique et bioéthique (Universités francophones ouest-africaines/UNESCO/AUF) ;**
- **Membre du comité d'éthique de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université de Bamako ;**
- **Membre représentant du Ministère chargé de l'enseignement supérieur au Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CNESS) ;**
- **Membre du Réseau multidisciplinaire de recherche en éthique médicale et droit de la santé.**

Très cher Maître,

Merci d'avoir bien voulu diriger les travaux de cette enquête, malgré la multiplicité de vos obligations.

Tous les moments passés auprès de vous nous ont permis d'apprendre beaucoup de choses dont nous vous serons toujours reconnaissants.

Compétence, disponibilité, humilité, pragmatisme et loyauté sont bien de qualités qui font de vous un maître exceptionnel et honoré de tous.



Veillez agréer cher Maître, l'expression de notre sincère gratitude.

SOMMAIRE

<b>INTITULES</b>	<b>PAGES</b>
I – Enoncé du problème.....	1
II – Cadre théorique	
1. Introduction.....	2
2. Revue critique de la littérature.....	5
3. Justificatif de l'étude.....	33
4. Hypothèses.....	33
5. Objectifs.....	34
5.1. Objectif général.....	34
5.2. Objectifs spécifiques.....	34
III – Méthodologie	
1. Type et période d'étude.....	35

2. Structures (sites) d'étude.....	35
3. Population d'étude.....	37
4. échantillonnage.....	38
5. Critères d'inclusion.....	38
6. Critères de non inclusion.....	38
7. Technique et méthode d'enquête.....	38
8. Considérations éthiques.....	39
IV – Résultats.....	41
V – Commentaires et discussions.....	76
VI – Conclusion et recommandations.....	83
VII – Références Bibliographiques.....	86
VIII– Annexes.....	88

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

AG : Assemblée générale

ASACO : Association de santé communautaire

Boul. : Boukassoumbougou

CPM : Chef de poste médical

CPN : Consultation prénatale

CREDESA : centre régional pour le développement et la santé

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

CA : Conseil d'administration

CG : Comité de gestion

CCC : Communication pour le changement de comportement

Cf : Confer

CREDESA :

CSAR : Centre de santé d'arrondissement revitalisé

DAF : Direction administrative et financière

DCI : Dénomination commune internationale

F cfa : Franc cfa

FELASCOM : fédération locale des associations de santé  
communautaire

FENASCOM : fédération nationale de santé communautaire

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

IEC : Information, éducation et communication

Inf. : Infirmier

Km : kilomètre

MS : Ministère de la santé

NB : Noter bien

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

ONG : Organisation non gouvernementale

PEV : Programme élargi de vaccination

% : Pourcentage

PMA : Paquet minimum d'activité

SIS : Système d'information sanitaire

SRO : solution de réhydratation orale

Réf : Référence

USAID: united States agency of international development

## **I -ENONCE DU PROBLEME.**

Malgré les efforts fournis ces dernières années dans le domaine sanitaire, la situation socio-sanitaire en Afrique et particulièrement au Mali, est caractérisée par des taux de mortalité et de morbidité très élevés, des niveaux d'équipement et de personnel non satisfaisants par rapport aux normes internationales. De plus, étant donné la pénurie et l'épuisement progressif du personnel soignant, il faut des dirigeants aptes à prendre les décisions et les mesures qui s'imposent en matière de réorganisation et de gestion des services de santé selon nos moyens. C'est à ce niveau que la notion de gestion prend toute son importance dans le domaine sanitaire car, Une faiblesse des capacités de gestion est un frein important à l'amélioration de la couverture sanitaire. Or à qui incombe alors cette tâche ? Qui sont les gestionnaires ? Quelles sont leurs attributions ? Ont-ils les capacités requises ? Dans quoi doit-on s'investir pour avoir une meilleure gestion ? Voilà quelques questions qui pourront guider notre étude.

## **II- CADRE THEORIQUE**

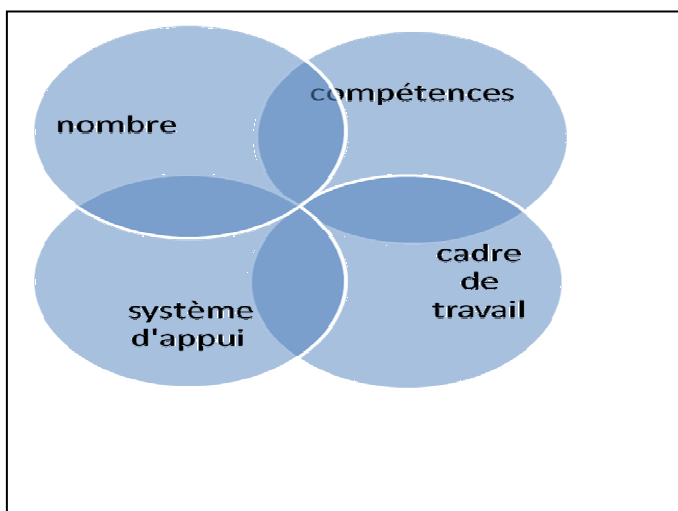
### **II-1- INTRODUCTION**

Le cadre de référence de l'OMS illustré ci-dessous, permet de mettre en évidence les quatre dimensions des capacités de gestion. Ce sont : (1)

- Un nombre adéquat de gestionnaires à tous les niveaux.
- Les compétences des gestionnaires pour la fonction occupée (connaissances, aptitudes, comportements et attitudes).
- Un environnement de travail adéquat.

- Les systèmes d'appui à la gestion s'articulant sur cinq axes qui sont :
  - \* La planification.
  - \* La gestion financière.
  - \* La gestion du personnel.
  - \* L'information ou le suivi.
  - \* L'achat et la distribution des médicaments.

Concernant les systèmes d'appui à la gestion, certains reçoivent beaucoup plus d'attention de la part du gouvernement et des donateurs. Ce sont : la planification, l'information et la gestion financière. Pour le système d'achat et de distribution des médicaments, il a reçu une grande attention dans le passé et suscite moins d'intérêt de nos jours. La gestion du personnel semblait susciter peu d'intérêt jusqu'à récemment.



**Figure 1** : Les quatre dimensions de capacités de gestion  
(Source : OMS, 2005) (1).

## **QUI SONT LES GESTIONNAIRES ?**

Ce sont : (1)

- Les chefs locaux des services de santé (médecins chefs, personnes chargées des circonscriptions sanitaires).
- Les gestionnaires des programmes.
- Les gestionnaires d'hôpitaux et d'établissements sanitaires publics et privés.

Leur sphère d'action est influencée par plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer :

- La pluralité des donateurs (fonds fluctuants), lesquels peuvent avoir leur propre système de gestion.
- La multiplicité des types de prestataires sanitaires.
- Les financements non prévus.
- La décentralisation.

Les compétences des gestionnaires peuvent être développées soit par :

- Des formations en classe.
- Des cours par correspondance.
- Le soutien sur le lieu de travail avec du coaching et du mentorat : cette méthode est perçue comme étant très utile par les gestionnaires.



- L'apprentissage à travers l'action et un processus itératif (d'au moins deux mois), qui semblent donner de bons résultats quant à la formation individuelle et en équipe.

## QUE FAUT – IL GERER ? [1]

- Le volume et la couverture des services.
- Les ressources (exemple : personnels, budget, médicaments, ...).
- Les relations et partenariats externes, y compris les usagers des services.

## QUELQUES INDICATEURS POSSIBLES PERMETTANT DE DETERMINER L'EFFICACITE DE LA GESTION D'UN SERVICE DE SANTE [4]

- Par rapport au **nombre de gestionnaires**, on a :
  - ◇ Pourcentage de postes de gestionnaires de districts/d'hôpitaux qui sont vacants.
  - ◇ Gestionnaires à plein temps en pourcentage de main d'œuvre du secteur sanitaire (**Densité des gestionnaires**).
- Par rapport aux **compétences** :
  - ◇ Pourcentage des gestionnaires de districts/d'hôpitaux ayant les qualifications requises.
  - ◇ Pourcentage des diplômés issus des programmes de formation certifiés ou basés sur un cadre de compétence.

- ◇ Taux de satisfaction lié au travail des gestionnaires.
- Par rapport au **cadre de travail**, on a :
  - ◇ Taux de couverture des cibles des **OMD** au niveau local (par exemple : taux de traitement de la tuberculose ; couverture en DTC3).
  - ◇ Taux de satisfaction des gestionnaires par rapport au cadre de travail.
  - ◇ Taux de gestionnaires d'hôpitaux ou de médecins-chefs quittant leur poste chaque année (taux de renouvellement des postes).
- Par rapport aux **systèmes d'appui à la gestion**, on a :
  - ◇ Pourcentage d'utilisation des budgets approuvés par année fiscale.
  - ◇ Pourcentage de gestionnaires dont les compétences ont été formellement évaluées au cours de l'année passée.
  - ◇ Pourcentage d'hôpitaux disposant de comptables qualifiés/formés.
  - ◇ Taux/tendances de satisfaction des personnels de santé.
  - ◇ Taux/tendances de satisfaction des usagers (communautés).

## **II-2- REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE.**

### **1- CAS DU BENIN. [1]**

Le projet de santé PAHOU (PDSP) a été mis en place en 1988, et devint plus tard (en 1989) le CREDESA avec pour but de :

- Fixer les prix publics des médicaments.
- Autoriser les structures sanitaires à les vendre.

- Associer les populations au processus de gestion.

Au Benin, ils prônent la démocratie participative par le biais de la décentralisation dont les principes sont :

- Le transfert de pouvoir et de responsabilités.
- La participation du citoyen à la gestion de la chose publique.

Le choix des membres du comité de gestion se fait par rapport à : l'âge, les affinités politiques, la maîtrise du français et l'ascendance sociale. Ces derniers peuvent avoir plusieurs profils : retraités d'administration, enseignants, diplômés sans emploi, déscolarisés ou alphabétiseurs.

Les attributions du comité de gestion sont entre autre :

- Le contrôle des médicaments et des recettes.
- La lutte contre la vente " illicite " des médicaments.
- La lutte contre les comportements désinvoltes à l'égard des patients (négligence, rançonnement).
- La lutte contre la malversation financière.

Les constats d'échec recueillis sont :

- La pénurie généralisée des médicaments.
- La mauvaise gestion des ressources existantes (le gestionnaire est rémunéré au même titre que l'agent de santé or, il a abandonné son poste pour le travail communautaire).
- Les conflits fréquents entre gestionnaires et agents de santé d'où blocage des activités.
- Le développement parallèle du marché des médicaments.
- L'absence de compte rendu à la population qui se dit : <<c'est notre fils, nous lui faisons confiance >>.

-- La perte de crédibilité des services de santé auprès des populations.

## 2- CAS DU TOGO, DE L'AFRIQUE DU SUD ET DE L'OUGANDA [1]

Dans ces pays, ce sont généralement les médecins et les infirmiers qui occupent les postes de gestionnaires alors qu'ils n'y sont pas préparés. La formation commence après la nomination via : des qualifications académiques, des formations en cours d'emploi ou sur le lieu de travail. Les compétences recherchées chez les gestionnaires sont entre autres : la prise de décision et la délégation des tâches, la résolution des conflits, la formation des partenariats utiles et des alliances stratégiques, la communication, la supervision et la négociation ; en plus il faut qu'ils aient des qualités inter personnelles.

Les systèmes les plus faibles sont :

-- La gestion du personnel : les flux financiers compliquent le recrutement du personnel.

-- La gestion des finances : dépenses non liées aux activités et budgets incompréhensibles et insuffisants.

Par ailleurs, il n'y a pas de journal pour gestionnaires qui fournit des exemples de bonne pratique et des solutions ; bref pas d'accès à l'information et à la communication. L'incitation financière est absente, les opportunités d'apprentissage et les échanges d'expériences sont minimales; il n'y a pas de forums spécifiques pour les gestionnaires.

- En **Afrique du sud** : l'utilisation de l'information pour l'analyse critique et la prise de décisions est limitée. Certes il existe des instituts de formation, mais il n'y a pas de cadres nationaux de compétence pour les guider sauf quelques rares élaborés localement.
- En **Ouganda**, les types d'appui fournis par les partenaires au développement sont :

- La formation (à court et à long terme).
- L'assistance technique.
- Les infrastructures et équipements.

Ce qui a été fait en termes de renforcement des compétences des gestionnaires c'est :

- Au **Togo** : le soutien sur le lieu de travail avec coaching.
- En **Afrique du sud** : l'apprentissage à travers l'action, et l'établissement d'un réseau d'apprentissage pour gestionnaires (Institut of Health care management).

### 3- CAS DU CANADA [1]

Etat des lieux : pénurie et baisse progressive du personnel soignant, que faut-il faire ?

D'après le collège des médecins du Canada, il y a deux hypothèses :

- Pour garantir un accès équitable à des soins médicaux de qualité, il faut regrouper les services et les ressources car on ne peut plus avoir tout partout.
- Pour prendre les difficiles décisions qui s'imposent, il faut libérer la gestion du système des petites influences politiques : il faut dépolitiser la gestion.

Pour eux l'accessibilité aux soins médicaux passe d'abord, par le lien privilégié qui unit un citoyen et une équipe de médecin de famille, dans des cliniques pouvant assurer la prise en charge et le suivi d'une clientèle surtout défavorisée. Il est important de préciser le bassin de population à desservir pour chaque hôpital du Québec, quels que soit leurs niveaux local, régional ou supra régional. Les hôpitaux doivent pouvoir compter sur des équipes stables, tout en offrant des services pendant un nombre d'heures convenable : "ça ne sert à rien de former des chirurgiens, s'ils ne

peuvent opérer qu'un jour par semaine car, la maladie ne prend pas les vacances". Avant d'acheter d'autres équipements il faut utiliser d'abord au maximum ce qu'on a, et faire en sorte que les chirurgiens puissent opérer leurs patients promptement. Il faut que les médecins spécialistes apprennent à partager certains actes entre eux. Il faut favoriser les meilleures conditions d'exercice de la médecine, afin de réduire l'exode médical et encourager le retour des médecins au Québec.

### ■ LA GESTION DEPOLITISEE

Il faut libérer la gestion de l'emprise politique car : bien que le gouvernement canadien prône le financement public des services de santé, il ne respecte pas le principe de l'accessibilité. Les décisions sont tardives et erronées avec comme conséquences : de longues listes d'attente dans les hôpitaux, et des temps opérationnels réduits. ça ne sert à rien d'élaborer de beaux principes et d'ajouter l'argent pour des services virtuels ?

### ■ LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE

Il permet de faire place davantage à la production et à la gestion des services privés conventionnés, afin de créer des modèles d'efficacité et éviter la sélection de la clientèle. De plus c'est une source d'économie pour le contribuable. Par exemple un ophtalmologue a soumis, un projet d'opération des cataractes dans sa clinique à 2400 dollars contre 4000 dollars à l'hôpital. Le gouvernement s'est montré favorable à cette idée, mais il a été impossible de le réaliser pour des raisons politiques.

En somme, la gestion des services de santé =  
dépolitisation+partenariat public- privé.

## 4- CAS DU MALI

### 4-1- QUELQUES INDICATEURS DE SANTE DU MALI.

Malgré les efforts financiers réalisés dans le domaine de la santé, les indicateurs sanitaires restent assez faibles. Ce sont d'après l'EDS Mali IV:

- ✓ Taux de couverture sanitaire : 40 % dans un rayon de 5 km et 30% dans un rayon de 15 km.
- ✓ Taux de mortalité infantile : 113 pour mille.
- ✓ Taux de mortalité infanto juvénile : 229 pour mille.
- ✓ Taux de mortalité maternelle : 582 pour 100 mille naissances vivantes.
- ✓ Taux brut de mortalité : 45,1 pour mille.
- ✓ Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois :
  - \* BCG : 73 %.
  - \* DTCP1 : 76 %.
  - \* DTCP3 : 52 %.
  - \* Rougeole : 53 %.
- ✓ Nombre de cas de vers de Guinée :
  - \* 1999 : 410 cas.
  - \* 2000 : 290 cas.
  - \* 2001 : 46 cas.
- ✓ 30 % des enfants de moins de 3 ans souffrent d'épisodes de diarrhée.

Selon une étude [10], il a été établi que les principales causes de mortalité et de morbidité étaient dues aux maladies suivantes :

- ✓ Paludisme : 24,9 %.
- ✓ Maladies diarrhéiques et gastro-entérites : 13,3 %.

- ✓ Problèmes néo-nataux : 11,0 %.
- ✓ Infections respiratoires aiguës : 10,0 %.
- ✓ Rougeole : 10,0 %.
- ✓ Malnutrition : 8,9 %.
- ✓ Hémoglobinémies : 8,9 %.
- ✓ Tétanos : 2,6 %.

#### 4-2- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ASACO CONFORMEMENT AU PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PRODESS) DU MALI. [8]

##### a)- Rappel de la définition d'une ASACO.

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

##### b)- Création de l'ASACO et du CSCOM.

L'ASACO est créée en assemblée générale et sa reconnaissance légale est matérialisée par l'obtention d'un récépissé délivré par l'administration. Conformément au décret numéro 05-299/P-RM du



28 juin 2005 relatif aux conditions de création, les principes fondamentaux de fonctionnement des CSCOM sont entre autres :

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

c)- La Convention d'assistance mutuelle.

C'est une convention qui a pour objet de fixer les conditions d'assistance mutuelle, relatives à la réalisation et à la gestion d'un CSCOM. Elle se présente comme suit :

CONVENTION D'ASSISTANCE MUTUELLE

N®.....

ENTRE

LA COMMUNE DE (nom) : .....

L'ASSOCIATION DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE (nom) :

.....

CONCERNANT LE CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE  
DE (nom).....Situé à : (quartier, village,  
site).....

Le chapitre II de cette convention concerne les obligations des parties.

D'après **l'article 2** de ce chapitre, la commune s'engage à :

- Contribuer à hauteur de ... % du coût de la construction, de la réhabilitation, ou de l'extension du CSCOM.
- Assurer ou déléguer la maîtrise d'ouvrage des travaux de construction et d'équipement du CSCOM selon les normes requises.
- Doter le CSCOM en stock initial de médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériels roulants).
- Inscrire chaque année au budget communal, une subvention pour assurer notamment :
  - \* Le renouvellement des moyens logistiques et du gros matériel médical selon la liste standard.
  - \* La contribution à la prise en charge du salaire de certains agents du CSCOM, dont le montant est fixé d'accords partis.
  - \* Le financement des activités du PMA.

- \* Le financement des activités pour la lutte contre la vente illicite des médicaments, et la lutte contre les épidémies et les catastrophes.

D'après l'**article 4** du chapitre II, l'ASACO s'engage à :

- Faire assurer par le CSCOM, le PMA pour les habitants de l'aire de santé.
- Mettre en œuvre le plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, les catastrophes et les épidémies.
- Gérer le CSCOM conformément aux normes et procédures du manuel de gestion.
- Cofinancer le coût de construction, de réhabilitation ou d'extension du CSCOM.
- Assurer l'entretien des infrastructures et équipements.
- Prendre en charge les dépenses du fonctionnement courant du CSCOM, y compris les salaires non couverts par d'autres sources.
- Elaborer et transmettre au Maire de la commune une copie du plan d'opération annuel.
- Fournir des rapports d'activités, des rapports financiers, ainsi que des statistiques sanitaires au Maire de la commune.
- Assurer le renouvellement du petit matériel.
- Assurer le renouvellement démocratique des organes de l'ASACO aux échéances statutaires, et tenir régulièrement les réunions statutaires.
- Veiller à la bonne gestion des médicaments essentiels en DCI, et assurer le renouvellement du stock.

- Veiller à l'approvisionnement adéquat en vaccins, médicaments spécifiques et produits hormonaux (antituberculeux, contraceptifs, ...).
- Recevoir l'équipe de supervision et lui communiquer toutes les informations utiles.

d)- Les organes de gestion de l'ASACO.

Ils sont au nombre de quatre : l'assemblée générale (AG), le conseil d'administration (CA), le comité de gestion (CG), et le comité de surveillance (CS).

✓ **L'assemblée générale :**

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

✓ **Le conseil d'administration :**

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

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

Le CA se réunit en session ordinaire une (1) fois par semestre, et en session extraordinaire chaque fois que le besoin se présente. Il est élu pour une durée de trois(3) ans renouvelable et comprend : un

président, un vice-président, un secrétaire administratif, un trésorier général, un trésorier adjoint, deux(2) secrétaires à l'organisation, deux (2) commissaires aux comptes et deux(2) commissaires aux conflits.

✓ **Le comité de gestion :**

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

- \* Du suivi de la gestion du CSCOM.
- \* D'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du CSCOM.
- \* D'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre,
- \* De justifier les dépenses effectuées auprès du CA.
- \* De statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire, et en session extraordinaire quand le besoin se présente. Elu par le CA parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend : un président, un trésorier, un commissaire aux comptes, le gérant du dépôt pharmaceutique et le chef du CSCOM.

- ✓ **Le comité de surveillance** : chargé de contrôler les entrées et les sorties au niveau du CSCOM ; et de vérifier que les autres organes de gestion fonctionnent conformément au règlement intérieur. Il est constitué du commissaire aux comptes et de 4 (quatre) membres du CA.

#### 4-3- LA GESTION D'UN CSCOM. [3 ; 8]

##### a)- Les grands principes de gestion.

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

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

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

activités de santé (cf. article 6 décrets 02-314 / P-RM du 04 juin 2002).

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

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

b)- Les types de contrôle.

Les conditions favorables au contrôle sont :

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

b-1- Contrôle interne.

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

- **le contrôle des enregistrements comptables** : il a triple objectifs,
  - \* S'assurer que toutes les opérations ont fait l'objet d'un enregistrement comptable et que rien n'a été oublié (contrôle d'"**exhaustivité**").
  - \* S'assurer que tous les enregistrements comptables correspondent à une opération réelle, pièce justificative à l'appui, qui provient bien de l'activité du CSCOM (contrôle de "**réalité**").

- \* S'assurer que les montants comptabilisés ne sont pas erronés (contrôle d'"**exactitude**").
- **le contrôle du personnel** : il porte entre autres sur les éléments suivants : la ponctualité, l'assiduité, le rendement, et le système de notation.

#### b-2- Contrôle externe.

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

#### c)- La répartition des rôles.

##### c-1- Présentation.

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

c-2- Répartition des tâches de la gestion du CSCOM. (cf Tableau I, page 19)

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

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



TABLEAU I : Répartition des tâches. (cf : Formation en gestion des ASACO, manuel du formateur [8])

- Tableau I-1 : gestion du personnel.

GESTION DU PERSONNEL						
Tâches	C A	C G				
		CHEF CSCO M	GERAN T	PRESIDENT	TRESORIE R	COMMISSAIR E Aux

						COMPTES
Embauche du personnel	R					V
Signature Contrats	R					
Fixation rémunération	R					
Licenciement Personnel	R					
Tenue de dossiers individuels	V			R		
Calcul salaire				V	R	V
Signature des Bulletins de paie				R	R	V
Elaboration Description Postes		R		V		

- Tableau I-2 : gestion du dépôt pharmaceutique.

**GESTION DU DEPOT PHARMACEUTIQUE**

Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako

Tâches	CA	CG				
		Chef CSCOM	gérant	président	trésorier	Commissaire aux comptes
Préparation Commande		V	R			
Etablissement des Bons de Commande		R				
Contrôle Disponibilité		R				
Autorisation De paiement				R		
Achat de médicaments			R			
Réception Des livraisons		R	R	R	R	V
Contrôles Facturation					R	V
Classement Des produits		V	R			
Tenue des Fiches stocks		V	R			
Réalisation des Inventaires		R	R	R	R	V

- Tableau I-3 : comptabilité.

COMPTABILITE						
Tâches	CA	CG				
		Chef CSCOM	gérant	président	trésorier	Commissaire aux comptes
Tenue du livre Journal, vente médicaments		V	R			
Tenue cahier des recettes tarification			R		V	
Tenue cahier fonctionnement (dépenses)		V			R	V
Tenue des livres De caisse		V			R	V
Tenue du livre de banque		V			R	V
Signature ordre De paiement				R		V
Signature chèques bancaires					R	R
Enregistrements comptables des amortissements					R	V
Enregistrement comptable des subventions					R	V
Transmission des résultats financiers (CSREF,		R		R		V

mairies)						
----------	--	--	--	--	--	--

- Tableau I-4 : analyse financière et budgétaire.

<b>ANALYSE FINANCIERE ET GESTION BUDGETAIRE</b>						
Tâches	CA	CG				
		Chef CSCOM	gérant	président	trésorier	Commissaire aux comptes
Analyse des résultats obtenus		R		R	R	
Préparation du budget		R		R	R	
Elaboration du budget		R		R	R	
Contrôle budgétaire		V		V	R	

- Tableau I-5 : gestion des activités.

<b>GESTION DES ACTIVITES</b>						
Tâches	CA	CG				
		Chef CSCOM	Gérant	Président	Trésorier	Commissaire aux comptes
Tenue des tableaux d'activités dispensaire		R		V		
Tenue des tableaux d'activités		R		V		

Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako

---

maternité						
Synthèse d'activités en fin d'année		R		R		
Tenue des réunions statutaires	R			R		V

**R : responsable**

**V : vérificateur**

### c-3- Description des postes.

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

Utilité des fiches de poste :

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

### d)- Accueil et information.

#### d-1- L'accueil et l'orientation du client.

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

aimablement indiquer au patient le circuit à faire dans le CSCOM.  
Ce circuit est le suivant :

Dépôt (vente ticket)      poste de consultation      dépôt  
(vente de médicaments).

#### d-2- La carte de membre.

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

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

#### d-3- Les tickets.

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



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

e)- Gestion des ressources humaines.

e-1- profil de l'équipe.

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

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

e-2- Répartition des tâches au niveau du CSCOM. (cf. Tableau II, page 26)

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

moustiquaires imprégnées, surveillance préventive des enfants, planning familial ....).

Tableau II : Les tâches du CSCOM.

<b>Activités du CSCOM</b>	Chef CSCOM	Sage femme	Infirmière obstétricienne	Matrone	Gérant
<b>Soins curatifs</b>					
Diagnostic et Traitement	x	x	x		
Référence des cas	x	x	x	x	
Observation des urgences	x	x	x		
<b>Soins préventifs et promotionnels</b>					
Vaccination (PEV)	x	x	x	x	
CPN		x	x	x	
Accouchements		x	x	x	
Consultations post-natales		x	x	x	

Planification familiale		x	x	x	
Surveillance préventive des enfants	x	x	x	x	
Communication pour le changement de Comportement (CCC)	x	x	x	x	x
Vente et distribution des ME		x	x		x

### e-3- Le recrutement.

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

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

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

- \* Définition du poste à pourvoir en partant de la fiche de poste.
- \* Définition du profil du candidat.
- \* Recherche des candidats (rédaction d'une annonce, publicité à la radio,...).
- \* Présélection des candidats sur dossier.
- \* Réalisation du test de recrutement.

### e-4- Fixation des rémunérations. (cf. Tableau III, page 29)

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

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

### **Classification des emplois -définition des catégories :**

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

- ✓ La catégorie " E" : elle regroupe les travailleurs sans qualification professionnelle particulière, et comporte quatre (4) échelons à savoir :
  - 1 : Manœuvre ordinaire.
  - 2 : Manœuvre spécialisé.
  - 3 : Gardien.
  - 4 : Planton.
- ✓ Catégorie " D" avec trois échelons :
  - 1 : Standardiste.
  - 2 : Accoucheuses traditionnelles recyclées.
  - 3 : Aide-soignant, matrone.

- ✓ La catégorie " C " : elle regroupe les emplois occupés par les travailleurs titulaires du CAP et comporte deux (2) échelons :

1 : Secrétaire et gérant du dépôt de produits pharmaceutiques.

2 : Agent technique de santé ou de laboratoire ; aide comptable.

- ✓ La catégorie " B " regroupe les travailleurs justifiant d'une formation sanctionnée par l'obtention du diplôme d'infirmier d'Etat ou du brevet de technicien. Elle comporte deux (2) échelons :

1 : Technicien de santé, technicien de laboratoire.

2 : comptable, technicien de santé supérieur.

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

1 : Assistant médical, économiste.

2 : Médecin/pharmacien.

Tableau III : Grille des salaires des travailleurs des CSCOM.

CATEGORIES	ECHELONS	SALAIRES (en F CFA)
<b>"E"</b>	1	31 000 (trente milles)
	2	31 500 (trente et un milles cinq cents)
	3	33 000 (trente et trois milles)
	4	34 000 (trente et quatre milles)
<b>"D"</b>	1	35 000 (trente et cinq milles)
	2	40 000 (quarante milles)
	3	45 000 (quarante et cinq milles)
<b>"C"</b>	1	60 000 (soixante milles)
	2	70 000 (soixante dix milles)
<b>"B"</b>	1	75 000 (soixante et quinze milles)
	2	85 000 (quatre vingt et cinq milles)
<b>"A"</b>	1	150 000 (cent cinquante milles)
	2	175 000 (cent soixante et quinze milles)

f)- Gestion des médicaments.

- ✓ **Le rangement des médicaments** : il doit permettre au gérant de retrouver rapidement n'importe quel médicament, et à toute autre personne de pouvoir remplacer facilement le gérant lors de ses congés.

Il est conseillé de classer les médicaments selon la forme : comprimés, sirops, injectables, .... Ensuite à l'intérieur de chaque catégorie, il faut également effectuer un classement par ordre alphabétique. Enfin quand il existe plusieurs boîtes d'un même produit, ne pas oublier de placer devant l'étagère celle qui va se périmen en premier de façon à le vendre plus vite. Il est recommandé aussi d'afficher sous chaque médicament, une étiquette comportant : le nom du médicament, le dosage, le prix unitaire de vente, et la date de péremption.

- ✓ **La conservation des médicaments** : pour protéger les médicaments il faut :
  - \* Choisir un local bien aéré, ventilé et de préférence climatisé.
  - \* Assurer la permanence de la chaîne de froid pour les médicaments thermosensibles.
  - \* Placer les rideaux aux fenêtres afin d'éviter les rayons solaires sur les produits.
  - \* Balayer à l'ouverture et ranger à la fermeture le dépôt ; utiliser les produits répulsifs pour chasser les insectes et rongeurs.

- \* Prendre soin des comprimés fragiles comme les ovules lors du classement.
- ✓ **La commande** : le gérant doit contrôler régulièrement les quantités en stock grâce aux fiches de stock ; et ces quantités doivent être en permanence comprises entre le stock minimum et le stock maximum. Il faut passer une commande selon une périodicité d'un mois. Lorsqu'un ou plusieurs produits ont atteint le stock minimum avant la période de commande, il faut passer une commande d'"urgence" afin d'éviter la rupture des stocks. Pour calculer les quantités à commander pour chaque médicament, il faut d'abord déterminer le stock maximum (consommation nécessaire pour deux (2) mois pour une commande mensuelle, et de quatre (4) mois pour une commande trimestrielle), auquel il faut retrancher le stock disponible et utilisable :

Quantité à commander = stock maximum – stock disponible et utilisable

Mais, il faut tenir compte des éventuelles commandes passées précédemment et non encore livrées. Dans ce cas notre formule devient :

**Quantité de médicament à commander = stock maximum - stock disponible et utilisable – quantités commandées et non livrées.**

- ✓ **La réception des commandes** : elle doit se faire en présence du chef de centre, du gérant du dépôt et de un ou plusieurs représentants du comité de gestion.
- \* première étape : vérifier la conformité de la facture, comparer les quantités notées sur la facture et celles notées sur le bon de livraison ; vérifier les prix facturés.



- \* deuxième étape : vérifier que les quantités livrées sont bien les mêmes que les quantités commandées, en se référant au bon de commande ; vérifier la qualité des produits (s'il y a des cassés, abîmés, avariés ou périmés).
- \* troisième étape : procéder à la réception, et valider la commande en signant le bon de réception.
- \* quatrième étape : enregistrer la livraison, noter sur les fiches de stock et ranger les produits dans le dépôt.

**Concernant la fiche de stock** : elle sert à connaître à tout moment les quantités en stock des médicaments. Elle comporte entre autres : la région où se trouve le dépôt, la désignation (DCI), la forme (comprimé, injectable, sirop...), le dosage, l'unité de vente (exemple s'il s'agit d'une vente par comprimé), les prix de vente et d'achat, les niveaux de stocks maximum et minimum, la consommation mensuelle, le nombre de jours de rupture, la consommation moyenne mensuelle à partir de la somme des consommations des trois derniers mois typiques (sans ruptures) divisée par trois, la date (jour, mois, année), le numéro du lot du produit, la date de péremption inscrit sur l'emballage, l'origine (nom de la structure fournisseuse), la destination (par exemple destiné aux malades), le numéro du bordereau de livraison, le stock disponible et utilisable, ... .

#### g)- Gestion des ressources matérielles.

Les activités de gestion du matériel comprennent : l'identification et la sélection des besoins, l'approvisionnement (estimation, commande, réception), la tenue de fiche détenteur, la répartition (entreposage, transport), l'utilisation et l'entretien. L'équipement en matériel de santé au niveau du CSCOM est constitué de :

--- Matériels, consommables et registres pour la prise en charge de la mère (table gynécologique, thermomètre, tensiomètre, stéthoscopes biauriculaire et obstétrical, stérilisateur, matériel pour

pansement, pèse-personne, mètre ruban, gants stériles, gants d'examen, gants de délivrance/ révision utérine, kit d'épisiotomie, table d'accouchement, kit Norplant, Forceps, blouse, tablier, bavette, lugol, bandelettes urinaires ...).

--- Support de surveillance de la mère (registres de consultation et d'évacuation, cahier de surveillance, cartes de vaccination, fiches de partogramme, carnets de grossesse, fiche de référence, fiche de suivi de grossesse).

--- Matériel de vaccination (seringues, aiguilles, porte vaccin, accumulateur de froid, plateau, table et chaise pliantes, stérilisateur, réfrigérateur...).

--- Matériel de prise en charge de l'enfant (pèse-bébé, aspirateur à pédale et sonde nasale, diagramme minceur, otoscope, abaisse-langue, marteau à réflexe, toise/ruban, carnet de santé et carte de vaccination, registre de consultation et d'évacuation...).

--- Matériel de démonstration nutritionnelle (casserole, tamis, couscoussier, calebasse, louche, cuillère, seau, fourneau, marmite, couteau,...).

--- Equipement mobilier (tables, chaises, bancs, classeurs, casiers à dossier, chariot, tableau, fournitures de bureau, matériel d'entretien des lieux...).

--- Matériel éducatif (boîte à images, radio- cassette, affiches, ...)

#### h)- Gestion des ressources financières.

Les activités de gestion financière comportent : l'élaboration du budget, la recherche des sources de financement, la répartition du budget, l'ordonnancement, l'établissement des rapports et le contrôle financier (cf. tableau I-4, page 22).

#### i)- Gestion de l'information sanitaire.

Les activités de gestion de l'information sanitaire sont : la conception, la collecte et l'analyse des données, la production et la transmission des rapports, l'utilisation de l'information sanitaire et la rétro information. Toutes ces activités sont exécutées au niveau du CSCOM sauf la conception. Le responsable de la gestion du SIS au niveau du CSCOM, c'est le chef de poste médical.

### **II-3- JUSTIFICATIF DE L'ETUDE**

Cette étude a été réalisée dans le but de décrire la gestion sanitaire au niveau communautaire, et d'améliorer nos connaissances sur les activités de renforcement des capacités de gestion. De plus, ce qui nous a motivé c'est le fait qu'aucune étude concernant la gestion des CSCOM n'a été encore faite au Mali. Nous avons également fait cette étude dans le souci d'un échange et de comparaison d'expérience avec les autres pays à propos de ce sujet.

### **II-4 - HYPOTHESES**

- Les gestionnaires ne sont pas en nombre suffisant et pas assez préparés pour assumer leurs fonctions.
- Pour une bonne gestion il faut identifier les besoins de la population (malades en priorité), et ceux du personnel soignant.
- Certains systèmes de gestion reçoivent plus d'attention par rapport à d'autre, de la part des gestionnaires.
- La décentralisation agit sur le fonctionnement des systèmes de gestion.
- Les principes de gestion ne sont pas respectés au niveau des ASACO.

### **II-5- OBJECTIFS**

La présente étude relative à l'étude de la gestion des CSCOM par l'ASACO, vise comme objectifs :

### 1- OBJECTIF GENERAL.

Décrire la gestion de nos services de santé communautaire, afin de proposer une vue d'ensemble de l'état gestionnaire au niveau local, et d'améliorer nos connaissances sur les activités de renforcement des capacités de gestion.

### 2- OBJECTIFS SPECIFIQUES.

- Identifier les gestionnaires, s'assurer de la mise en place des organes de gestion et du respect des trois principes de gestion d'un CSCOM.
- Identifier les systèmes d'appui à la gestion sur lesquels l'accent est mis et décrire leur fonctionnement.
- Déterminer les facteurs influençant la sphère d'action des gestionnaires, ainsi que les problèmes rencontrés dans l'exercice de leurs fonctions.
- Evaluer les connaissances de la population sur l'existence de la carte de membre de l'ASACO et ses avantages.
- Déterminer le rôle/l'apport des collectivités territoriales dans la gestion communautaire.
- Identifier les critères de choix des gestionnaires et évaluer leurs connaissances sur la gestion communautaire.

## **III- DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

### 1-Type et période d'étude.

Il s'agit d'une étude transversale, comparative et descriptive. Elle s'est déroulée en 3 semaines, du 23 novembre 2009 au 13 décembre 2009.

## 2- Structures (sites) d'étude.

Pour cette étude, les deux structures sanitaires que nous avons choisi ont été tirées au sort sur Epi table du logiciel Epi info version 6.2 : ce sont les CSCOM 1 et 2 du quartier de Boukassoumbougou, dans la commune I du district de Bamako.

### 2-1- Présentation de la Commune I. (5)

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-est de Bamako. Elle est comprise entre les 12°72 et 12°62 de latitude Nord, et les 8 et 7°9 de longitude Ouest. Elle couvre une superficie de 34,26 Km<sup>2</sup>, soit 12,83 % de la superficie totale du district de Bamako (267 Km<sup>2</sup>).

### 2-2- Présentation du quartier de Boukassoumbougou. (5)

- Données historiques : le quartier de Boukassoumbougou fut créé pendant la période coloniale, et loti dans les années 1979 comme les autres quartiers de la commune I.
- Données géographiques : Boukassoumbougou couvre une superficie de 3,41Km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par la commune de Kati, au Sud par Sotuba, à l'Est par Titibougou et à l'Ouest par Djélibougou. Le climat est caractérisé par l'alternance d'une saison sèche (froide de novembre à janvier et chaude de février à mai), et d'une saison humide de juin à octobre avec une pluviométrie très variable.
- Données démographiques : la population de Boukassoumbougou comptait 42092 personnes en fin 2007, avec une croissance annuelle de 4,3%. Les ethnies dominantes sont les bambaras, les peulhs et les Sarakolés, ...

- Données socioculturelles : dans le but de renforcer la cohésion sociale, de préserver les normes et valeurs, chaque société adopte une certaine organisation. A Boukassoumbougou, il existe deux chefs de quartier et des conseillers. La pyramide sociale est constituée par les nobles et les hommes de castes. Les rites traditionnels ont laissé place aux deux principales religions : l'islam et le christianisme.
- Données économiques : comme tous les quartiers de Bamako, l'économie est surtout basée sur le secteur privé (commerce, artisanat, pêche, micro industrie, agriculture...). Le secteur public existe mais peu de personnes en bénéficient, car il y a moins de fonctionnaires.

### 2-3- Présentation du CSCOM de Boukassoumbougou I. (7)

Il a été créé en 1992 ; mais c'est en juin 2006 que ses locaux ont été construits par l'ASACO, avec la participation du Ministère de la santé et de la Mairie de Boukassoumbougou. Son aire de santé compte 22 899 habitants.

Ce centre de santé est situé à l'Est de la commune I sur la colline de Boukassoumbougou, entre l'école DONNISO à l'Ouest, le lycée " La Fontaine " au Sud, et la maison de l'artiste Salif Keita à l'Est. Il prend également en charge les problèmes de santé des quartiers voisins (Sotuba, Sangarébougou, Moribabougou, Titibougou...). Il se compose de deux blocs à savoir : le dispensaire et la maternité.

Concernant la maternité :

- Elle est sous la direction d'une sage femme contractuelle. Les CPN se font tous les lundis, jeudis et vendredis par les sages femmes. La consultation post-natale est menée les mercredis, et la consultation des enfants sains tous les

mardis. quant à la Communication pour le changement de comportement, elle est réalisée chaque matin.

- Elle comprend :
  - \* Une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement.
  - \* Deux petites salles d'observation contenant chacune deux lits.
  - \* Une grande salle divisée en deux par un paravent fait de nattes en matière plastique, dont une partie réservée à la consultation prénatale, et l'autre à la consultation post-natale.
  - \* Une salle contenant le réfrigérateur pour conservation des vaccins ; elle est également utilisée comme salle de consultation par le médecin adjoint, et comme salle de déclaration des naissances.
  - \* Un bloc de trois toilettes à latrine, situé à l'Est de la maternité pour les accouchés et d'autres patients.

#### 2-4- Présentation du CSCOM de Boukassoumbougou II. (6)

Il a été créé en septembre 1992. Ce centre de santé est à cheval entre Boukassoumbougou et Djélibougou, et à 4 Km du CSREF de la commune I. son aire de santé compte 22 842 habitants.

Il comporte les infrastructures ci après :

- Un dispensaire constitué de : une salle de consultation, une salle de soins infirmiers, un laboratoire d'analyses médicales, une salle de mise en repos des malades, une pharmacie et des toilettes.
- La maternité constitué de : une salle de CPN, une salle d'accouchement, une salle de repos des accouchées, une salle de planning familial et de CPON associés.

- Un hangar utilisé pour la vaccination, les séances d'IEC en santé, et la promotion nutritionnelle.
- Un bureau pour l'agent comptable.
- Un magasin.

### 3 – Population d'étude.

Au cours de notre enquête, nous nous sommes adressés aux personnes suivantes :

- Familles de la commune I fréquentant les formations sanitaires choisies.
- Personnel de la Mairie de la commune I (5ème adjoint au maire).
- Présidents du conseil d'administration et agents comptables.
- Membres du comité de gestion.
- Personnel de santé.

### 4 – Echantillonnage.

Nous avons travaillé avec 500 (cinq cent) ménages, y compris les 5 (cinq) membres du comité de gestion de chaque ASACO; le président du conseil d'administration et l'agent comptable de chaque ASACO ; les 14 travailleurs de chaque CSCOM, et le 5ème adjoint au Maire de la commune I. Notre échantillon total était constitué de 543 personnes.

### 5-Critères d'inclusion.

- Personnel de santé exerçant dans les formations sanitaires choisies, et étant en poste depuis au moins 6 mois.
- Personnel de santé impliqué dans la gestion d'une formation sanitaire et / ou ayant reçu une formation de gestionnaire.



- Personnel de la Mairie impliqué dans la gestion sanitaire, et étant en poste depuis au moins 6 mois.
- Familles résidant dans la commune I du district de Bamako, et faisant partie de la zone de désertion des formations sanitaires choisies.
- Personne ayant fréquenté les structures sanitaires choisies au moins une fois.
- Personnes acceptant les conditions de l'enquête.

#### 6-Critères de non inclusion.

- Refus des conditions de l'enquête.
- Personnes ne remplissant pas les critères énumérés ci-dessus.

#### 7-Techniques et méthodes d'enquête.

Pour mener cette étude, nous avons élaboré trois types de questionnaire avec des questions à réponse ouverte et en nombre restreint (voir annexe), afin de réaliser des interviews. Il y avait un questionnaire adressé au personnel de la mairie, un pour les gestionnaires, et un autre pour la communauté. Les enquêteurs étaient au nombre de deux et étaient briefés à l'avance, sur les conditions et la procédure de l'enquête.

Avant de commencer l'étude, nous sommes allés à la Mairie de la commune I où nous avons présenté au Maire, l'autorisation de recherche de terrain donnée par la FMPOS tout en expliquant le but de notre étude. Puis, la Mairie s'est chargée d'envoyer par courrier la dite autorisation au CSREF de la commune I, qui à son tour a informé les médecins directeurs des deux CSCOM. Par la même occasion, nous avons pris rendez-vous avec le 5<sup>ème</sup> adjoint au Maire. Ensuite, nous avons informé les chefs du quartier de Boukassoumbougou et obtenu leur consentement grâce à la Mairie, qui a bien voulu viser l'autorisation de recherche avec leur cachet et leur signature.

Pour chaque CSCOM nous avons 250 ménages à enquêter. Pour identifier les ménages à enquêter, nous avons divisé le quartier en quatre (4) secteurs : Est, Ouest, Nord et Sud en prenant comme épicerie chaque CSCOM. Les premiers ménages enquêtés étaient les plus proches du CSCOM et, nous avons progressé de famille en famille jusqu'à l'extrémité de chaque secteur déterminé. Dans chaque famille, nous avons choisi un ménage et interrogé une seule personne. Par ailleurs afin de pouvoir trouver l'échantillon recherché, nous allions d'abord tous les matins dans chaque CSCOM interviewer les patients sur place, avant de rentrer dans le quartier. Les enquêtes se déroulaient de 08 heures à 12 heures, voir 15 heures.

Concernant les gestionnaires, nous avons assisté à une réunion mensuelle du comité de gestion de chaque ASACO et, nous avons interrogé par la même occasion les membres qui étaient présents et pris rendez-vous avec les autres acteurs à savoir : le président du conseil d'administration et l'agent comptable.

Les données ont été saisies avec les logiciels Microsoft Office Word 2007 et Excel 2003, et analysées à partir du logiciel SPSS 16.0.

#### 8 -Considérations éthiques.

Avant de commencer l'enquête, nous avons pris contact avec la Mairie de la commune I et les chefs de quartier de Boukassoumbougou, afin de leur expliquer les objectifs visés par notre étude et aussi, pour obtenir leur approbation et leur aide pour l'information et la sensibilisation de la population.

Pendant l'enquête, nous avons pris la peine d'expliquer à tous ceux qui voulaient répondre à nos questions : ce sur quoi portait l'étude, son but et ce qu'on attendait d'eux. Après obtention de leur consentement, nous les avons interrogés tout en respectant les conditions de l'enquête à savoir : le respect de la personne humaine, l'anonymat et la confidentialité.

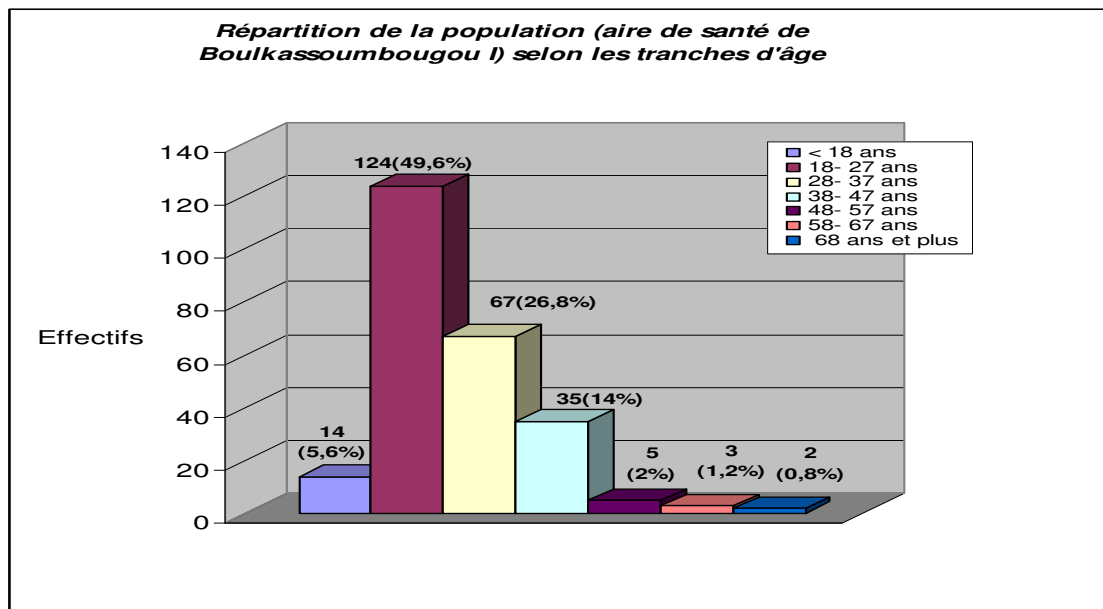
## IV- RESULTATS

Ce chapitre comporte trois parties :

- \* La 1<sup>ère</sup> partie concerne : les résultats de l'enquête réalisée auprès des ménages quant à leurs connaissances sur l'existence de la carte de membre de l'ASACO et de ses avantages, leur satisfaction par rapport à la prise en charge et la gestion du CSCOM, leurs souhaits.
- \* La 2<sup>ème</sup> partie concerne : la gestion du CSCOM et les souhaits des gestionnaires.
- \* La 3<sup>ème</sup> partie concerne : les résultats de l'enquête réalisée auprès de la mairie de la commune I, quant au rôle qu'il devrait jouer dans la gestion des CSCOM.

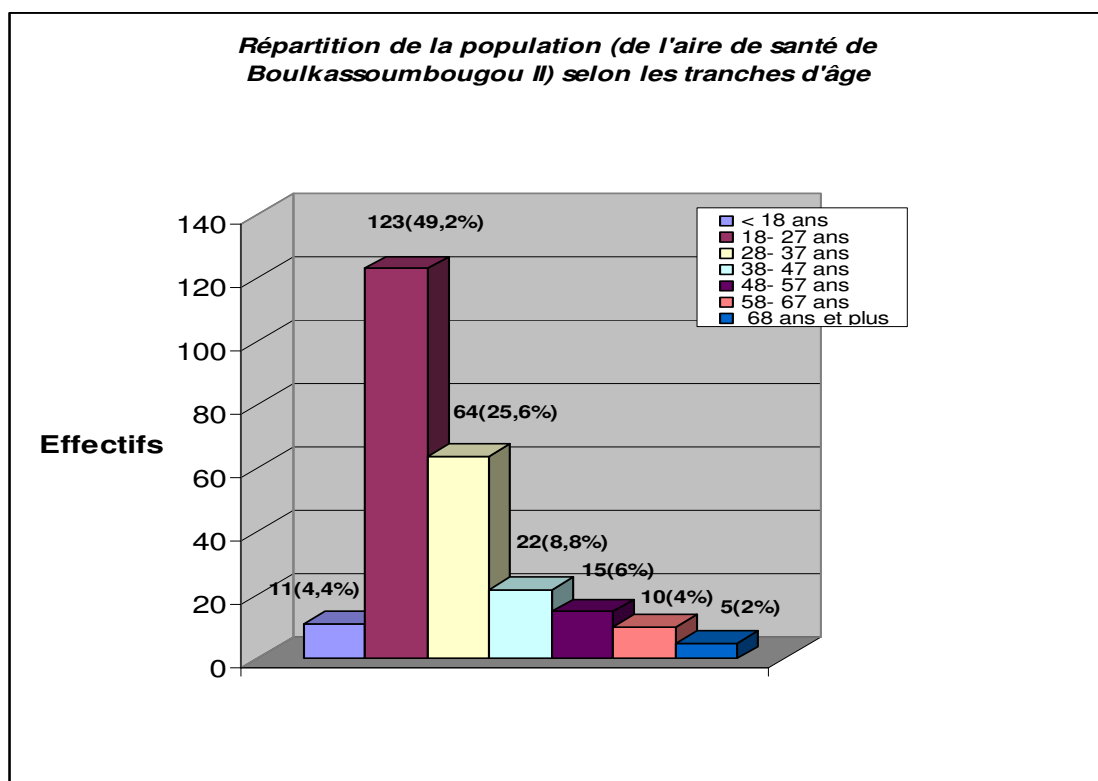
### 1- Impressions de la communauté par rapport à la gestion du CSCOM.

a)- Répartition de la population selon les tranches d'âge.



**Figure 2** : Répartition de la population de Boukassoumbougou I selon les tranches d'âge.

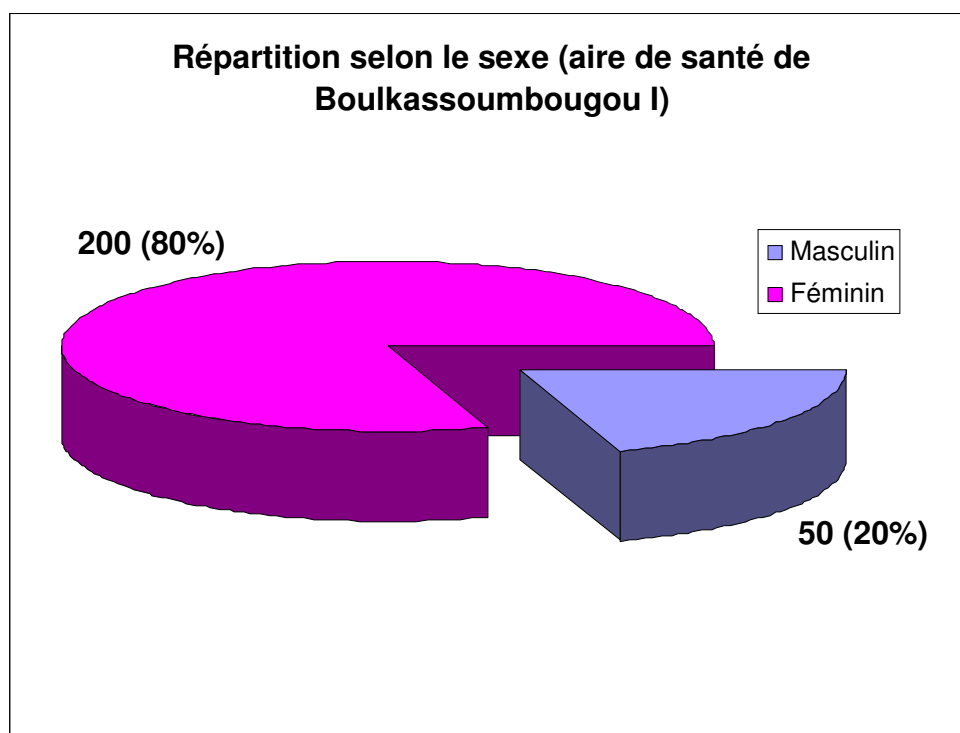
Les personnes d'âge compris entre 18 et 27 ans étaient prédominantes soit 124/250.



**Figure 3** : répartition de la population de Boulkassoumbougou II selon les tranches d'âge.

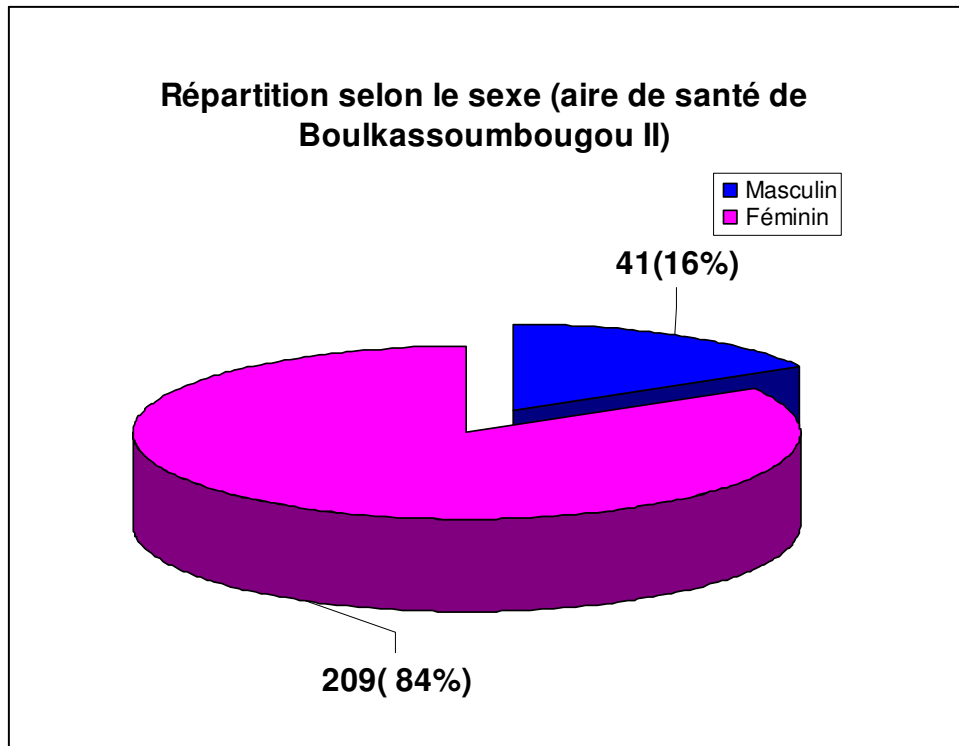
Les personnes d'âge compris entre 18 et 27 ans étaient 123/250.

b) - Répartition de la population selon le sexe.



**Figure 4** : Répartition de la population de l'aire de santé de Boukassoumbougou I selon le sexe.

Les femmes fréquentaient plus le CSCOM par rapport aux hommes, soit 80%.



**Figure 5** : répartition de la population de l'aire de santé de Boukassoumbougou II selon le sexe.

Les deux CSCOM étaient majoritairement fréquentés par les femmes, soit 84%.

c) - TABLEAU IV : Répartition de la population selon la profession.

Profession	Aire de santé			
	Boulkassoumbougou I		Boulkassoumbougou II	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
fonctionnaire	9	3,6%	13	5,2%
Opérateur privé	4	1,6%	8	3,2%
Retraité(e)	1	0,4%	4	1,6%
Ménagère	<b>142</b>	<b>56,8%</b>	<b>127</b>	<b>50,8%</b>
Commerçant(e)	30	12,0%	47	18,8%
Artisan(e)	12	4,8%	9	3,6%
Chauffeur	5	2,0%	0	0%
Agriculteur	3	1,2%	1	0,4%
Elève/étudiant(e)	27	10,8%	31	12,4%
Autres*	17	6,8%	10	4,0%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

\* : maçon, gardien, chômeur, soudeur.

Les ménagères étaient majoritaires dans les deux CSCOM, avec 56,8% pour Boul.1 et 50,8% pour Boul.2.

d)- TABLEAU V: Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Aire de santé			
	Boulkassoumbougou I		Boulkassoumbougou II	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Non scolarisé</b>	56	22,4%	50	20,0%
<b>Primaire</b>	32	12,8%	51	20,4%
<b>Secondaire</b>	47	18,8%	52	20,8%
<b>Supérieur</b>	<b>30</b>	<b>12,0%</b>	<b>26</b>	<b>10,4%</b>
<b>Non précisé*</b>	<b>85</b>	<b>34,0%</b>	<b>71</b>	<b>28,4%</b>
<b>Total</b>	250	100%	250	100%

\*= personnes ayant reçu une instruction coranique.

Les personnes de niveau d'instruction supérieur fréquentaient moins les deux CSCOM ; soit 12% (Boul.1) et 10,4% (Boul.2).

e) - TABLEAU VI : Répartition selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Aire de santé			
	Boulkassoumbougou 1		Boulkassoumbougou 2	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Célibataire</b>	45	18%	36	14,4%
<b>Marié(e)</b>	202	<b>80,8%</b>	206	<b>82,4%</b>
<b>Divorcé(e)</b>	1	0,4%	1	0,4%
<b>Veuf (Ve)</b>	2	0,8%	7	2,8%
<b>Total</b>	250	100%	250	100%

Les mariés étaient prédominants dans les deux CSCOM ; soit 80,8% (Boul.1) et 82,4% (Boul.2)



f) - TABLEAU VII : Répartition selon le nombre de cartes de membre par famille.

Nombre de cartes par famille	Aire de santé			
	Boulkassoumbougou I		Boulkassoumbougou II	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Zéro</b>	232	<b>92,8%</b>	234	<b>93,6%</b>
<b>Un (1)</b>	14	5,6%	10	4,0%
<b>Deux (2)</b>	2	0,8%	4	1,6%
<b>Trois (3)</b>	1	0,4%	2	0,8%
<b>Quatre (4)</b>	1	0,4%	-	-
<b>Total</b>	250	100%	250	100%

La plupart des familles ne possédait pas de carte de membre ; soit 92,8% (Boul.1) et 93,6% (Boul.2).

g)- Tableau VIII : Répartition de la population selon les variables suivantes (connaissance de l'existence de la carte de membre et du certificat d'indigence, satisfaction par rapport à la prise en charge, information sur le fonctionnement du centre de santé,

	<i>Aire de santé</i>
--	----------------------

participation aux séances d'IEC) :

Variables	Boulkassoumbougou I				Boulkassoumbougou II			
	N=250				N=250			
	Effectif		Fréquence (%)		Effectif		Fréquence (%)	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<i>Connaissance de l'existence de carte de membre</i>	66	<b>184</b>	26,4	<b>73,6</b>	42	<b>208</b>	16,8	<b>83,2</b>
<i>Satisfaction de la prise en charge</i>	<b>229</b>	21	<b>91,6</b>	8,4	<b>222</b>	28	<b>88,8</b>	11,2
<i>Information sur le fonctionnement du centre de santé</i>	67	<b>183</b>	26,8	<b>73,2</b>	70	<b>180</b>	28,0	<b>72,0</b>
<i>Participation aux séances d'IEC</i>	68	<b>182</b>	27,2	<b>72,8</b>	53	<b>197</b>	21,2	<b>78,8</b>
<i>Connaissance de l'existence du certificat d'indigence</i>	14	<b>236</b>	5,6	<b>94,4</b>	16	<b>234</b>	6,4	<b>93,6</b>

La plupart des personnes qui fréquentaient les deux CSCOM ignorait l'existence de la carte d'adhérent ; soit 73,6% (Boul.1) et 83,2% (Boul.2).

h) - TABLEAU IX : Répartition selon les motifs de non satisfaction par rapport à la prise en charge.

motifs de non satisfaction	Aire de santé			
	Boulkassoumbougou I		Boulkassoumbougou II	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Mauvais accueil</b>	<b>6</b>	<b>28,6%</b>	<b>15</b>	<b>53,6%</b>
<b>Incompétence du personnel soignant</b>	6	28,6%	11	39,3%
<b>Qualité des ordonnances</b>	4	19,0%	2	7,1%
<b>Autres *</b>	5	23,8%	0	0%
<b>Total</b>	21	100%	28	100%

\* Ruptures de stock des médicaments, manque de ponctualité et de sérieux ; pas de priorité pour les cas d'urgence ; insalubrité ; attente longue.

Le mauvais accueil était le motif le plus évoqué dans les deux CSCOM, avec 28,6% (Boul.1) et 53,6% (Boul.2).

i) -TABLEAU X : Répartition selon les raisons de non participation aux séances d'IEC.

Raisons de non participation aux séances	Aire de santé	
	Boulkassoumbougou I	Boulkassoumbougou II

<b>d'IEC.</b>	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
	<b>94</b>	<b>51,65%</b>	<b>107</b>	<b>54,3%</b>
<b>Manque de temps</b>	71	39,01%	81	41,1%
<b>Absence d'information</b>	17	9,34%	9	4,6%
<b>Manque d'intérêt</b>	182	100%	197	100%
<b>Total</b>				

Le manque de temps était la raison la plus citée indépendamment des deux CSCOM, avec 51,65% (Boul.1) et 54,3% (Boul.2).

j)- TABLEAU XI : Répartition selon la perception de la gestion.

<b>Perception de la gestion</b>	<b>Aire de santé</b>			
	<b>Boulkassoumbougou I</b>		<b>Boulkassoumbougou II</b>	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Bonne</b>	<b>172</b>	<b>68,8%</b>	<b>184</b>	<b>73,6%</b>
<b>Mauvaise</b>	9	3,6%	11	4,4%
<b>Passable</b>	69	27,6%	55	22,0%
<b>Total</b>	250	100%	250	100%

La majorité estimait que la gestion des deux CSCOM était bonne, soit 68,8% (Boul.1) et 73,6% (Boul.2).

k)- TABLEAU XII : Répartition selon les propositions de solutions pour l'amélioration Du CSCOM.

Propositions	Aire de santé			
	Boukassoumbougou I		Boukassoumbougou II	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
<b>Amélioration de l'accueil et/ou du plateau technique</b>	43	<b>17,2%</b>	18	<b>7,2%</b>
<b>Recrutement du personnel qualifié</b>	12	4,8%	14	5,6%
<b>Changement favorable de comportement du personnel soignant</b>	14	5,6%	11	4,4%
<b>Assainissement du milieu</b>	9	3,6%	6	2,4%
<b>Information sur les activités du CSCOM et les avantages de la carte de membre</b>	<b>90</b>	<b>36,0%</b>	<b>71</b>	<b>28,4%</b>
<b>Pas de propositions</b>	66	26,4%	<b>115</b>	<b>46,0%</b>
<b>Autres *</b>	16	6,4%	15	6,0%
<b>Total</b>	250	100%	250	100%

\* Eviter les ruptures de stock de médicaments ; que l'Etat octroie de l'aide aux ASACO ; construire un CSCOM répondant aux normes d'un centre de santé ;

La plupart des personnes qui fréquente ces deux CSCSOM aimerait être informés sur ses activités et sur les avantages de la carte de membre à l'avenir ; soit 36% pour Boul.1 et 28,4% pour Boul.2.

L)- Tableau XIII: Répartition de la population en fonction du niveau d'instruction et de la connaissance de l'existence d'une carte de membre.

Niveau d'instruction	Connaissance de l'existence d'une carte de membre					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Non scolarisé</b>	9 (16,1%)	<b>47</b> (83,9%)	56	8 (16%)	<b>42</b> (84%)	50
<b>Non précisé*</b>	25 (29,4%)	<b>60</b> (70,6%)	85	7 (9,9%)	<b>64</b> (84%)	71
<b>Primaire</b>	7 (21,9%)	<b>25</b> (78,1%)	32	5 (9,8%)	<b>64</b> (90,1%)	51
<b>Secondaire</b>	17 (36,2%)	<b>30</b> (63,8%)	47	15 (28,8%)	<b>46</b> (90,2%)	52
<b>Supérieur</b>	8 (26,7%)	<b>22</b> (73,3%)	30	7 (26,9%)	<b>37</b> (71,2%)	26
<b>Total</b>	66 (26,4%)	<b>184</b> (73,6%)	250	42 (16,8%)	<b>19</b> (73,1%)	250

La connaissance de l'existence de la carte de membre, ne dépendait pas du niveau d'instruction.

m)- Tableau XIV : Répartition de la population en fonction du niveau d'instruction et de la satisfaction par rapport à la prise en charge.

Niveau d'instruction	Satisfaction par rapport à la prise en charge					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Non scolarisé</b>	<b>54</b> <b>(96,4%)</b>	2 (3,6%)	56	<b>47</b> <b>(94,0%)</b>	3 (6,0%)	50
<b>Non précisé*</b>	<b>82</b> <b>(96,5%)</b>	3 (3,5%)	85	<b>67</b> <b>(94,4%)</b>	4 (5,6%)	71
<b>Primaire</b>	<b>31</b> <b>(96,9%)</b>	1 (3,1%)	32	<b>47</b> <b>(92,2%)</b>	4 (7,8%)	51
<b>Secondaire</b>	<b>40</b> <b>(85,1%)</b>	7(14,9%)	47	<b>48</b> <b>(92,3%)</b>	4 (7,7%)	52
<b>Supérieur</b>	<b>22</b> <b>(73,3%)</b>	8 (26,7%)	30	<b>13</b> <b>(50%)</b>	13 (50%)	26
<b>Total</b>	<b>229</b> <b>(91,6%)</b>	21 (8,4%)	250	<b>222</b> <b>(88,8%)</b>	28 (11,2%)	250

La satisfaction par rapport à la prise en charge n'était pas liée au niveau d'instruction.



n)- Tableau XV : Répartition de la population selon le niveau d'instruction et la participation aux IEC.

Niveau d'instruction	Participation aux IEC					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Non scolarisé</b>	23 (41,1%)	<b>33</b> ( <b>58,9%</b> )	56	12 (24,0%)	<b>38</b> ( <b>76%</b> )	50
<b>Non précisé*</b>	23 (27,1%)	<b>62</b> ( <b>72,9%</b> )	85	11 (15,5%)	<b>60</b> ( <b>84,5%</b> )	71
<b>Primaire</b>	9 (28,1%)	<b>23</b> ( <b>71,9%</b> )	32	16 (31,4)	<b>35</b> ( <b>68,6%</b> )	51
<b>Secondaire</b>	8 (17,0%)	<b>39</b> ( <b>83,0%</b> )	47	12 (23,1%)	<b>40</b> ( <b>76,9%</b> )	52
<b>Supérieur</b>	5 (16,7%)	<b>25</b> ( <b>83,3%</b> )	30	2(7,7%)	<b>24</b> ( <b>92,3%</b> )	26
<b>Total</b>	68 (27,2%)	<b>182</b> ( <b>72,8%</b> )	250	53 (21,2%)	<b>197</b> ( <b>78,8%</b> )	250

Quel que soit le niveau d'instruction, la majorité ne participait aux séances d'IEC.

o)- Tableau XVI : Répartition de la population selon le niveau d'instruction et la connaissance de l'existence du certificat d'indigence.

Niveau d'instruction	Connaissance de l'existence du certificat d'indigence					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Non scolarisé</b>	-	56 (100%)	56	<b>1</b> (2%)	49(98,0%)	50
<b>Non précisé*</b>	-	85 (100%)	85	-	71 (100%)	71
<b>Primaire</b>	<b>2</b> (6,3%)	30 (93,8%)	32	<b>3</b> (5,9%)	48 (94,1%)	51
<b>Secondaire</b>	<b>5</b> (10,6%)	42 (89,4%)	47	<b>5</b> (9,6%)	47 (90,4%)	52
<b>Supérieur</b>	<b>7</b> (23,3%)	23 (76,7%)	30	<b>7</b> (26,9%)	19 (73,1%)	26
<b>Total</b>	<b>14</b> (5,6%)	236 (94,4%)	250	<b>16</b> (6,4%)	234 (93,6%)	250

La plupart ignorait l'existence du certificat d'indigence quel que soit le niveau d'instruction.

p)- Tableau XVII : Répartition de la population selon l'information sur le fonctionnement du CSCOM et la participation aux IEC.

Information sur le fonctionnement du CSCOM	Participation aux IEC					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Oui</b>	20 (29,9%)	<b>47</b> (70,1%)	67	25 (35,7%)	<b>45</b> (64,3%)	70
<b>Non</b>	48 (26,2%)	<b>135</b> (73,8%)	183	28 (15,6%)	<b>152</b> (84,4%)	180
<b>Total</b>	68 (27,2%)	<b>182</b> (72,8%)	250	53 (21,2%)	<b>197</b> (78,8%)	250

La majeure partie des enquêtés ne participait pas aux séances d'IEC, indépendamment du fait que l'on était informé ou non sur le fonctionnement du CSCOM.

q)- Tableau XVIII : Répartition de la population selon les tranches d'âge et la participation aux IEC.

Tranches d'âge	Participation aux IEC					
	Boulkassoumbougou I			Boulkassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>&lt;18 ans</b>	<b>4</b> (28,6%)	10 (71,4%)	14	<b>4</b> (36,4%)	7 (63,6%)	11
<b>18 - 27 ans</b>	<b>43</b> (34,7%)	81 (65,3%)	124	<b>29</b> (23,6%)	94 (76,4%)	123
<b>28 -37 ans</b>	<b>16</b> (23,9%)	51 (76,1%)	67	<b>14</b> (21,9%)	50 (78,1%)	64
<b>38- 47 ans</b>	<b>5</b> (14,3%)	30 (85,7%)	35	<b>5</b> (22,7%)	17 (77,3%)	22
<b>48- 57 ans</b>	-	5 (100%)	5	<b>1(6,7%)</b>	14 (93,3%)	15
<b>58 - 67 ans</b>	-	3 (100%)	3	-	10 (100%)	10
<b>68 ans et plus</b>	-	2 (100%)	2	-	5 (100%)	5
<b>Total</b>	<b>68</b> (27,2%)	182 (72,8%)	250	<b>53</b> (21,2%)	197 (78,8%)	250

Quelle que soit la tranche d'âge des participants, la majorité ne participait pas aux séances d'IEC.

r)- Tableau XIX : Répartition de la population selon le sexe et la participation aux IEC.

Sexe	Participation aux IEC					
	Boulkassoumbougou I			Boulkassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Masculin</b>	<b>5</b> (10%)	45 (90%)	50	<b>5</b> (12,2%)	36 (87,8%)	41
<b>Féminin</b>	<b>63</b> (31,5%)	137 (68,5%)	200	<b>48</b> (23%)	161 (77%)	209
<b>Total</b>	<b>68</b> (27,2%)	182 (72,8%)	250	<b>53</b> (21,2%)	197 (78,8%)	250

Quel que soit le sexe, il n'y a qu'une minorité qui participait aux séances d'IEC.

s)- Tableau XX : Répartition de la population selon la satisfaction de la prise en charge et la perception de la gestion du CSCOM.

Perception de la gestion	Satisfaction de la prise en charge					
	Boulkassoumbougou I			Boulkassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Bonne</b>	<b>172</b> (100%)	-	172	<b>183</b> (99,5%)	1 (0,5%)	184
<b>Mauvaise</b>	-	9 (100%)	9	-	11 (100%)	11
<b>Passable</b>	57 (82,6%)	12 (17,4%)	69	39 (70,9%)	16 (29,1%)	55
<b>Total</b>	<b>229</b> (91,6%)	21 (8,4%)	250	<b>222</b> (88,8%)	28 (11,2%)	250

La plupart des personnes satisfaites de la prise en charge, estimait que la gestion du CSCOM était bonne.

t)- Tableau XXI : Répartition de la population selon la connaissance de l'existence d'une carte de membre et le nombre de cartes de membre par famille.

Nombre de cartes de membre par famille	Connaissance de l'existence d'une carte de membre					
	Boukassoumbougou I			Boukassoumbougou II		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<b>Zéro (0)</b>	48 (20,7%)	<b>184</b> (79,3%)	232	26 (11,1%)	<b>208</b> (88,9%)	234
<b>Un (1)</b>	14 (100%)	-	14	10 (100%)	-	10
<b>Deux (2)</b>	2 (100%)	-	2	4 (100%)	-	4
<b>Trois (3)</b>	1 (100%)	-	1	2 (100%)	-	2
<b>Quatre (4)</b>	1 (100%)	-	1	-	-	-
<b>Total</b>	66 (26,4%)	<b>184</b> (73,6%)	250	42 (16,8%)	<b>208</b> (83,2%)	250

Tous ceux qui ignoraient l'existence de la carte de membre n'en possédaient aucune.

u)- Tableau XXII: Répartition de la population selon la perception de la gestion du CSCOM et le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Perception de la gestion du CSCOM							
	Boulkassoumbougou I				Boulkassoumbougou II			
	Bonne	Mauvaise	Passable	Total	Bonne	Mauvaise	Passable	Total
<b>Non scolarisé</b>	<b>49</b> <b>(87,5%)</b>	1 (1,8%)	6 (10,7%)	56	<b>41</b> <b>(82,0%)</b>	2 (4,0%)	7 (14,0%)	50
<b>Non précisé*</b>	<b>67</b> <b>(78,8%)</b>	2 (2,4%)	16 (18,8%)	85	<b>59</b> <b>(83,1%)</b>	1 (1,4%)	11 (15,5%)	71
<b>Primaire</b>	<b>19</b> <b>(59,4%)</b>	1 (3,1%)	12 (37,5%)	32	<b>37</b> <b>(72,5%)</b>	1 (2,0%)	13 (25,5%)	51
<b>Secondaire</b>	<b>23</b> <b>(48,9%)</b>	2 (4,3%)	22 (46,8%)	47	<b>38</b> <b>(73,1%)</b>	2 (3,8%)	12 (23,1%)	52
<b>Supérieur</b>	<b>14</b> <b>(46,7%)</b>	3 (10,0%)	13 (43,3%)	30	9 (34,6%)	5 (19,2%)	<b>12</b> <b>(46,2%)</b>	26
<b>Total</b>	<b>172</b> <b>(68,8%)</b>	9 (3,6%)	69 (27,6%)	250	184 (73,6%)	11 (4,4%)	55 (22,0%)	250

Quel que soit le niveau d'instruction, la majorité de la population estimait que le CSCOM était bien géré.

## 2- A propos des gestionnaires.

### a)- Les gestionnaires du CSCOM.

Ce sont les membres du comité de gestion (CG) qui assuraient la gestion au niveau des deux CSCOM. Ils étaient au nombre de cinq (5) et avaient comme attributions :

- ✓ Pour le président du CG : préparer et élaborer le budget et les activités, signer les bulletins de paie et organiser les réunions du CG.
- ✓ Pour le trésorier adjoint : garder les recettes et faire l'achat des médicaments avec le gérant du dépôt.
- ✓ Pour le médecin directeur : élaborer et préparer le budget ainsi que l'organigramme du CSCOM ; transmettre l'information sanitaire au CSREF de Korofina ; rechercher des partenariats avec d'autres institutions pour le financement des activités du CSCOM ; déléguer les tâches du personnel soignant. Il sert également d'appui technique pour l'achat du matériel médical.
- ✓ Pour le commissaire aux comptes : c'est le vérificateur. Il vérifie toutes les entrées et les sorties effectuées par le comptable et le trésorier, la réception des livraisons et la tenue des réunions statutaires. Il fait également l'inventaire du matériel médical, avec le médecin chef et le trésorier général adjoint du conseil d'administration.
- ✓ Pour le gérant du dépôt de médicaments : faire la sélection, l'inventaire et l'achat des médicaments. Il faut signaler que dans le CSCOM de Boukassoumbougou II, c'est lui qui assure également la comptabilité.

### b)- Les organes de l'ASACO.



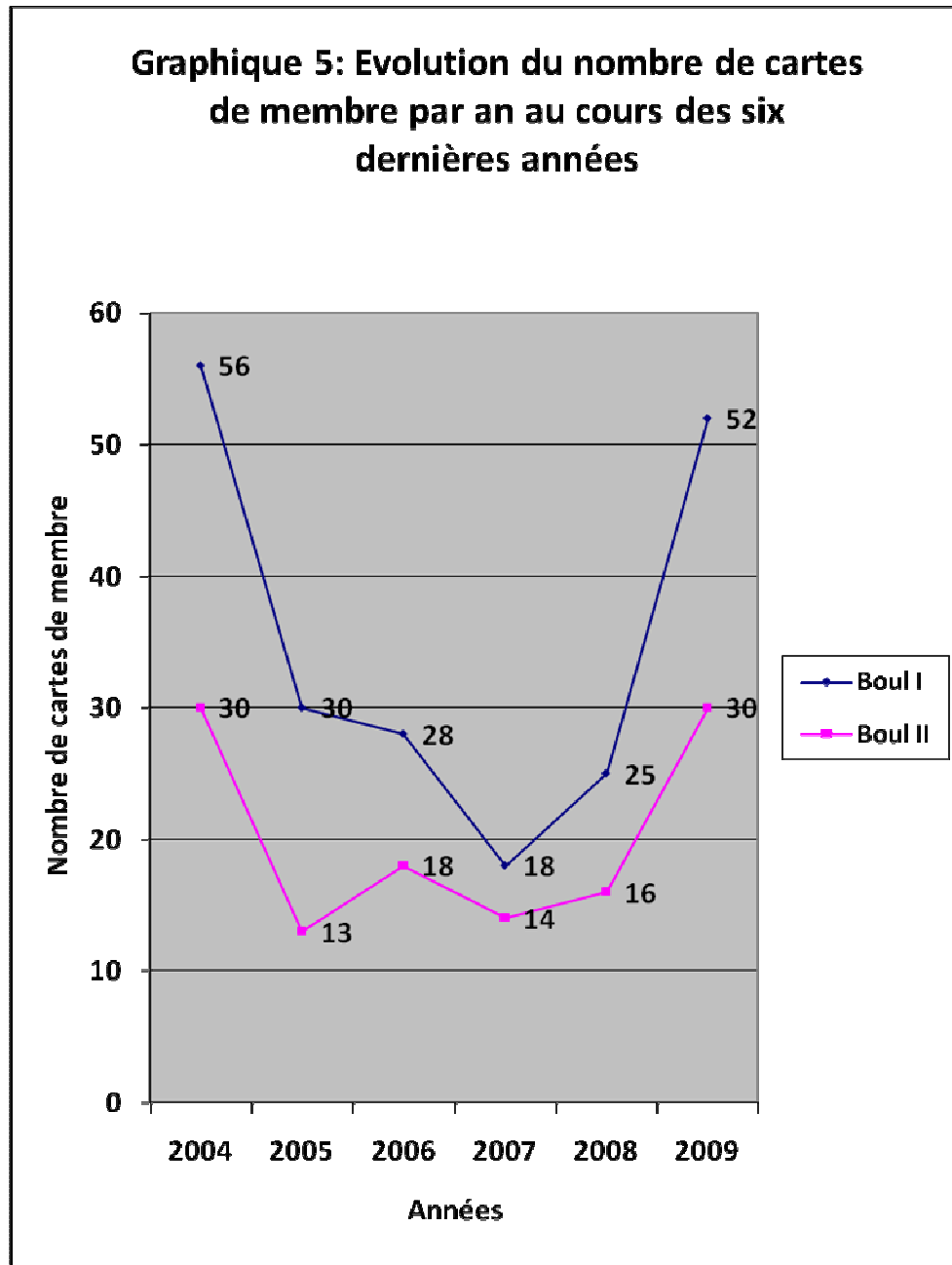
A l'ASACOBoul 1, les quatre organes ont été mis en place, contre trois seulement à l'ASACOBoul 2. Il y avait :

- ✓ L'assemblée générale.
- ✓ Le comité d'administration : il comptait une douzaine de membres avec à sa tête un président élu par l'AG. Le CA avait pour rôle de convoquer l'AG, de demander des comptes au CG et de valider le budget prévisionnel. Mais il ne convoquait pas l'AG pour rendre des comptes aux membres par rapport à la gestion du CSCOM, et pour organiser les élections. Le taux de réalisation des réunions du CA était de 0% dans les deux CSCOM de notre étude.
- ✓ Le comité de gestion (CG) : il se réunissait mensuellement (Boukassoumbougou II) et hebdomadairement (Boukassoumbougou I). Ses membres étaient issus du bureau du CA (le président du CG était le vice-président du CA). Le CG rendait des comptes au CA trimestriellement. Le comptable pouvait participer aux réunions du CG bien que n'étant pas membre du CG. Le taux de réalisation des réunions du CG était de 100% à l'ASACOBoul II.
- ✓ Le comité de surveillance (CS) : il n'existait pas encore au niveau à l'ASACOBoul II.

Tableau XXIII : Disponibilité des statuts et règlements intérieurs, et conformité des organes de gestion de l'ASACO.

ASACO	statut	Règlement intérieur	Assemblée générale	Conseil d'administration	Comité de gestion	Comité de surveillance
<b>Boul.1</b>	disponible	disponible	présente	0 réunion	4réunions/mois	présent
<b>Boul.2</b>	disponible	disponible	présente	0 réunion	1réunion/mois	absent

Le CG se réunissait 4 fois/mois à l'ASACOBoul 1 et 1 fois/mois pour l'ASACOBoul 2.



**Figure 6** : évolution du nombre de cartes de membre par an au cours des six dernières années.

Le nombre de cartes de membre était relativement bas dans l'ensemble, soit inférieur à 60.

L'ASACOBoul 1 comptait plus d'adhérents que l'ASACOBoul 2.

c)- Les critères de choix des gestionnaires.

Pour être gestionnaire du CSCOM, il fallait :

- Etre adhérent de l'ASACO c'est-à-dire, posséder une carte de membre.
- Surtout être disponible et avoir une intégrité morale,
- Comprendre et parler plus ou moins le français.

L'âge ne comptait pas, mais la classe politique avait une certaine influence.

d)- Temps accordé à la gestion par les gestionnaires.

Au CSCOM de Boukassoumbougou 1 : le médecin directeur accordait deux (2) heures de ses quarante (40) heures de travail par semaine à la gestion du CSCOM ; soit 5% de son temps de travail hebdomadaire. Pour le reste des gestionnaires, il s'agissait d'une (1) fois par semaine à la réunion du vendredi.

Au CSCOM de Boukassoumbougou 2 : le médecin directeur n'accordait pas une marge spécifique de temps à la gestion du CSCOM. Il participait comme tous les autres gestionnaires à la réunion mensuelle du CG.

e)- La formation et le développement des compétences des gestionnaires.

Les gestionnaires n'avaient pas reçu de formation appropriée. A l'ouverture de ces CSCOM, le CSREF de Korofina, la FELASCOM, et certaines ONG (Kenya tiwara, et la SNV : organisation néerlandaise de développement) leurs avaient inculqués quelques notions de gestion administrative et financière des ASACO/CSCOM.

Leurs compétences étaient développées grâce à des ateliers d'un (1) à trois (3) jours voir deux (2) semaines maximum, organisées par le ministère de la santé en partenariat avec la

FENASCOM, et l'US-AID Mali. Tous les gestionnaires n'avaient pas la possibilité d'y participer mais bénéficiait d'un manuel d'apprentissage en gestion. Seul le président du CG et le médecin directeur, soit 2 gestionnaires sur 5 (40%) participaient à ces ateliers de formation. Ils ne participaient pas non plus aux forum et réseaux internationaux.

f)- Facteurs stimulants les gestionnaires à mieux travailler.

Les facteurs qui stimulaient les gestionnaires à mieux travailler étaient :

- ✓ Pour le médecin directeur et le gérant du dépôt de médicament : les primes surtout.
- ✓ Pour les autres gestionnaires : la reconnaissance et la gratitude de la population, car ils étaient bénévoles. Mais il faut noter qu'ils bénéficiaient des consultations gratuites au CSCOM et leurs familles également.

g)- Le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO.

Le statut prévoyait le renouvellement tous les cinq (5) ans, mais il n'avait pas eu lieu dans les deux ASACO. C'est le comité de surveillance (CS) qui veillait à cela. A défaut du renouvellement démocratique, on pouvait faire un remembrement (renouvellement poste par poste) s'il y avait manque de plus du tiers (1/3) des membres du CA.

- ✓ A l'ASACOBoul 1, le dernier remembrement avait eu lieu depuis quatre (4) ans avec pour causes les décès et abandon de poste.
- ✓ A l'ASACOBoul 2, le bureau a été mis en place depuis 1996 sans renouvellement démocratique jusqu'à nos jours. Il y avait eu également un remembrement. Les raisons de non renouvellement étaient les décès, l'indisponibilité des membres du bureau du CA à convoquer l'AG et surtout le nombre très bas d'adhérents.

h)- Les facteurs influençant la sphère d'action des gestionnaires.

Le facteur prédominant était le problème financier : le budget était très insuffisant, ce qui limitait les possibilités de recrutement du personnel qualifié. Il n'y avait pas moyen de scinder les recettes de la pharmacie et celles des entrées ; ce qui fait que les principes de gestion n'étaient pas respectés.

Comme autres facteurs il y avait :

- ✓ La vente illicite des médicaments par le personnel ce qui baissait les recettes.
- ✓ Le manque de motivation et de formation en gestion.
- ✓ Les aides sporadiques.
- ✓ A l'ASACOBoul 2, en plus des facteurs ci-dessus cités il y avait le manque d'infrastructures car : elle louait une villa dont le loyer mensuel coûtait 125 000 (cent vingt cinq milles) F Cfa, et ne répondait pas aux normes d'un centre de santé.

i)- Les revendications du personnel soignant.

Les revendications du personnel soignant étaient prises en compte dans les deux CSCOM. Il existait un délégué du personnel chargé de soumettre au CG les problèmes du personnel. Pour améliorer leurs conditions de travail, des blouses et des armoires à rangement avaient été confectionnées.

Il existait cinq (5) types de prime pour le personnel :

- La prime de **garde** qui s'élevait à mille (1000) F Cfa par garde pour le personnel, et 25% de la recette de garde pour le médecin directeur.
- La prime d'**encouragement** sur notation du personnel par le médecin directeur selon les critères suivants : la disponibilité, la ponctualité, la bonne conduite, la bonne communication avec le patient et l'efficacité.

- La prime d'**avancement** en fonction de l'ancienneté et de la qualification : au bout de trois ans d'ancienneté, il y avait avancement du personnel en pourcentage du salaire par rapport à la qualification.
- La prime d'**intéressement** (prime donnée à la veille des fêtes): elle était momentanée.
- La prime **d'indemnité de caisse** pour le comptable qui s'élevait à cinq (5) milles F Cfa par mois.

j)- Les donateurs du CSCOM.

Ils étaient entre autres : l'ASPAM (Association de santé pour le Mali), le Rotary club de Bamako, la pharmacie Hirondelle, le Ministère de la santé à travers la FENASCOM, l'ONG Plate forme humanitaire et de solidarité de Mont Pellier. Ces donateurs n'avaient aucune influence sur la gestion du CSCOM et leur offre était désintéressée.

Il s'agissait des dons en médicaments (Antipaludéens, SRO, Ringer, Antibiotiques...), et en équipement immobilier et informatique (lits d'hospitalisation, matelas, chaises, ordinateurs et imprimantes), et aussi en matériel médical. Ils recevaient tous ces dons par le billet du CSREF qui envoyait des superviseurs tous les trois (3) mois pour le contrôle.

k)- Systèmes de gestion sur lesquels l'accent était mis.

Dans les deux centres de santé, les gestionnaires accordaient la priorité :

- ✓ A la gestion financière surtout : d'après eux, les autres systèmes de gestion en dépendaient. Si l'argent n'était pas bien géré, on ne pouvait rien réaliser.
- ✓ Ensuite venait la gestion du personnel : selon eux, il fallait améliorer le cadre de travail du personnel soignant en

prenant en compte leurs revendications ; tout ceci dans le but d'offrir des soins de santé de qualité.

- ✓ Enfin la gestion du matériel car sans un bon plateau technique, on ne pouvait améliorer de façon efficace l'état de santé de la population.

Bien que ces systèmes étaient prioritaires, il faut noter également qu'ils étaient les plus faibles.

#### l)- La gestion du personnel.

##### ■ Dans les deux CSCOM :

- L'établissement et la signature des contrats de travail étaient assurés par le président du CA, et le recrutement se faisait en fonction des capacités financières de l'ASACO.
- C'est le médecin directeur qui élaborait l'organigramme du CSCOM, puis le soumettait au CG qui par la suite le proposait au président du CA. Il était également chargé, de la description des postes du personnel soignant conformément au règlement intérieur de l'ASACO.
- Le déploiement et la motivation du personnel étaient assurés par le CG sur proposition du médecin directeur.
- Il y avait trois (3) catégories de personnel : les fonctionnaires payés par l'Etat, ceux payés par le fond PPTTE et les contractuels de l'ASACO.

■ Au CSCOM de Boukassoumbougou 1 le personnel était composé de : un (1) médecin directeur, un (1) médecin adjoint, trois (3) sages femmes dont une sage femme maîtresse, deux (2) infirmières dont une (1) jouait le rôle de major et l'autre de laborantin, cinq (5) aides soignantes dont une (1) gérant de la pharmacie, un (1) gérant comptable et un (1) gardien.

■ Au CSCOM de Boukassoumbougou 2 le personnel était constitué de : un (1) médecin chef, deux (2) sages femmes dont l'une maîtresse et l'autre auxiliaire, une (1) infirmière d'état, une (1) infirmière généraliste, une (1) technicienne de

laboratoire, un (1) gérant comptable cumulant le poste de pharmacien, six aides soignantes, et un (1) gardien.

Tableau XXIV : Catégories de salariés du CSCOM de Boulkassoumbougou 1.

Catégories de salariés	Personnel soignant							
	Médecins (2)	Sages femmes (3)	Aides soignantes (5)	Infirmières (2)	Comptable	gardien	effectif	fréquence
<b>Fonctionnaires de l'Etat</b>	1	3	-	1	-	-	5	35,8%
<b>Fonctionnaires fond PPTE</b>	-	-	-	1	-	-	1	7,1%
<b>Contractuels de l'ASACO</b>	1	-	5	-	1	1	8	57,1%
Totaux							14	100%

Les contractuels de l'ASACO étaient plus nombreux (8/14).

Tableau XXV : Catégories des salariés du CSCOM de Boulkassoumbougou 2.

Catégories	Personnel soignant
------------	--------------------



Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein  
du district de Bamako

de salariés	Médecin directeur	Sages femmes (2)	Infirm. (2)	Comptable/ gérant du dépôt	Technicien de labo.	Aide soignant (6)	gardien	effectif	fréquence
<b>Fonctionnaire de l'état</b>	-	1	1	-	-	-	-	2	14,3%
<b>Fonctionnaire fond PPTE</b>	-	-	1	-	-	-	-	1	7,1%
<b>Contractuels de l'ASACO</b>	1	1	-	1	1	6	1	<b>11</b>	<b>78,6%</b>
Totaux								14	100%

Les contractuels de l'ASACO représentaient la majorité (11/14).

Tableau XXVI : Satisfaction du personnel soignant par rapport aux conditions de travail.

Satisfaction du personnel	Aire de santé			
	Boukassoumbougou 1		Boukassoumbougou 2	
	effectif	fréquence	effectif	Fréquence
Oui	7	<b>50%</b>	8	<b>57,1%</b>
Non	7	<b>50%</b>	6	42,9%
total	14	100%	14	100%

Dans chaque CSCOM, au moins la moitié du personnel était satisfait ; soit 50% pour Boul.1, et 57% pour Boul.2.

m)- Gestion des médicaments.

■ Au CSCOM de Boukassoumbougou 1 :

- ✓ La sélection des médicaments était assurée par le médecin directeur et la gérante du dépôt.
- ✓ Pour l'approvisionnement : c'est le médecin adjoint, la gérante du dépôt et le comptable qui faisaient d'abord l'inventaire et le bon de commande. Ensuite le médecin directeur le signalait.
- ✓ La périodicité d'approvisionnement était hebdomadaire soit quatre (4) fois par mois. Chaque vendredi à la réunion du CG, un budget était voté pour l'achat des médicaments. Cette somme était fonction des bénéfices gagnés dans la semaine, des besoins en médicaments et variait entre 150 milles et 400 milles F Cfa.
- ✓ Les partenaires qui les approvisionnaient étaient : SINO Pharma, NYANYA Pharm. SA et Pharma plus.
- Au CSCOM de Boukassoumbougou 2 :
  - ✓ La sélection des médicaments était assurée également par le médecin directeur et le gérant du dépôt.
  - ✓ Quant à l'approvisionnement : le médecin directeur et le gérant du dépôt faisaient d'abord l'inventaire et le bon de commande, ensuite le président du CG donnait l'autorisation de paiement en signant le bon de commande.
  - ✓ La périodicité d'approvisionnement était de deux (2) fois par mois.
  - ✓ Ils s'approvisionnaient auprès de : la PPM (qui leur donnait des médicaments qu'ils pouvaient vendre d'abord et payer ensuite), et certaines pharmacies privées telles que SINO Pharma et la pharmacie Hirondelle pour les réactifs de laboratoire.
- Au niveau des deux CSCOM, il y avait souvent des ruptures de stock de certains médicaments. Ces ruptures de durée

variable, dépendaient non seulement des problèmes financiers, mais aussi de la disponibilité des partenaires qui les approvisionnaient. C'est le commissaire aux comptes qui vérifiait la réception des livraisons, et assurait le contrôle de la gestion des médicaments.

n)- La gestion des ressources financières.

- ✓ Le budget était prévisionnel et annuel. Il était préparé et élaboré par les membres du CG, puis approuvé par le CA. Au CSCOM de Boukassoumbougou 1, un budget était voté chaque vendredi à la réunion du CG pour assurer les dépenses courantes du CSCOM. Or au CSCOM de Boukassoumbougou 2, le budget était voté mensuellement puisque la réunion du CG se tenait une (1) fois par mois.
- ✓ Pour la recherche des sources de financement : c'est le président du CA qui s'en chargeait ; le médecin directeur pouvait aussi le faire mais avec l'accord du CG. Le contrôle financier était assuré par les membres du comité de surveillance pour le CSCOM de Boukassoumbougou 1, et par le commissaire aux comptes pour le CSCOM de Boukassoumbougou 2.
- ✓ Il faut noter qu'il existait deux types de fond :
  - Les fonds de la pharmacie étaient destinés à l'entretien de la pharmacie, à l'achat de nouveaux médicaments, au paiement des factures d'électricité de la pharmacie et du salaire du gérant du dépôt.
  - Les fonds des entrées étaient consacrés au paiement des salaires du reste du personnel et aux dépenses courantes du CSCOM.

Concernant le système de tarification des activités du CSCOM : il dépendait de la possession ou non de la carte de membre. Dans

les deux CSCOM, cette carte de membre coutait 1000 (mille) F Cfa/an/personne ou par famille.

Tableau XXVII: Système de tarification des activités du CSCOM.

Activités du CSCOM		Centre de santé	
		Boul. 1	Boul. 2
Consultations médicales	Adhérent	300 F Cfa	300 F Cfa
	Non adhérent	600 F Cfa	600 F Cfa
Accouchement		1 000 F Cfa	1 250 F Cfa (adhérent) 1 500 F Cfa (non adhérent)
Pansement		1 000 F Cfa/ 15jrs	500 F Cfa
Injection		200 F Cfa	200 F Cfa
Perfusion		500 F Cfa	500 F Cfa
Suture		1 000 F Cfa	-
CPN		250 F Cfa	1 000 F Cfa

Les tarifs de la consultation dans les deux CSCOM étaient identiques, soit 300 (trois cent) F Cfa pour les adhérents et 600 (six cent) F Cfa pour les non adhérents.

o)- La gestion du matériel.

Dans les deux CSCOM, c'est le médecin directeur qui recensait les besoins en matériel puis les soumettait au CG qui par la suite faisait des propositions au CA. Concernant l'inventaire du matériel, il était assuré par le commissaire aux comptes et était difficile à effectuer car la plupart du matériel reçu n'était pas neuf. Il n'y avait pas de système de renouvellement constant du matériel car, il dépendait des ressources financières qui étaient minimales. Les CSCOM n'étaient pas bien équipés. Le matériel était insuffisant et pas assez varié, le mobilier était défectueux.

Tableau XXVIII : Inventaire des matériel et équipement dans les CSCOM de Boulkassoumbougou 1 et 2.

Matériels et équipements		Centre de santé	
		Boul.1	Boul.2
<b>Boite d'instrument</b>	Accouchement	1	1
	Petite chirurgie/pansement	2	1
<b>Matériel de stérilisation</b>	Cocote	1	1
	poupinel	0	0
<b>Chaîne de froid</b>	Réfrigérateur	2	1
	Congélateur	0	0
	Récipient isotherme	5	4
<b>Petit équipement</b>	Tensiomètre	3	2
	Stéthoscope biauriculaire	3	3
	Stéthoscope obstétrical	2	3
	Toises adultes	2	1
	Toises enfants	1	0
	Pèse personne	2	2
	Pèse bébé	1	-
	Spéculum	9	7
	Mètre ruban	7	5
thermomètre	10	6	

Le CSCOM de Boulkassoumbougou 1 était plus équipé dans l'ensemble que celui de Boulkassoumbougou 2.

p)- Gestion du système d'information sanitaire.

Dans les deux CSCOM, c'est le médecin directeur qui assurait la gestion du SIS, et tous les rapports étaient dirigés vers le CSREF de Korofina qui les transmettait ensuite à la mairie de la commune I et à la FELASCOM.

- ✓ Selon la périodicité de transmission des données, Il y avait quatre (4) types de rapport :
  - Rapports **hebdomadaires** pour la surveillance des épidémies (paludisme, méningite, diarrhée...)
  - Rapports **mensuels** concernant la vaccination et certains indicateurs tels que : le nombre de prestations, le nombre de cas de paludisme selon les tranches d'âge, le nombre de cas de séropositifs dépistés... .
  - Rapports **trimestriels** qui portaient sur toutes les activités du CSCOM.
  - Rapports **spécifiques** à des activités spécifiques.
- ✓ Concernant le délai de transmission : les informations devaient être transmises le 05 de chaque mois au plus tard.

Il faut noter que pour la référence, ils payaient cinq (5) mille francs par mois soit 60 mille F Cfa par an ; et la retro information n'était assurée qu'au niveau obstétrical.

3) A propos de la mairie.

- **Rôle de la mairie :**

D'après l'article 2 du décret 02-314/P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'état aux collectivités territoriales, le rôle de la mairie dans la gestion des services de santé reposait entre autre sur :

- ✓ L'allocation des subventions aux CSREF de Korofina et aux CSCOM de la commune.
- ✓ La construction/réhabilitation et l'équipement des CSCOM.
- ✓ L'organisation des séances d'IEC avec l'appui du CSREF de Korofina.
- ✓ Le contrôle du respect des engagements des ASACO des CSCOM étudiés.
- ✓ La contribution au recrutement du personnel des CSCOM.

Selon le 5<sup>ème</sup> adjoint au maire la majorité de ces engagements n'avaient pas été respectés, car la Mairie de la commune I n'avait signé aucune convention d'assistance mutuelle avec les deux ASACO.

- **Budget alloué aux ASACO :**

La Mairie de la commune I n'allouait pas de budget propre aux ASACOBOL 1 et 2 pour la gestion de leurs CSCOM. Elle donnait juste au CSREF de Korofina une subvention de trois (3) millions de F Cfa par an. C'est ce dernier qui se chargeait de la répartition au niveau des CSCOM.

- **Par rapport à la décentralisation:**

Elle n'avait pas effectivement eu lieu ; il y avait eu transfert de compétences mais pas de ressources. Raison pour laquelle la CAM n'avait été signée avec aucune ASACO de la commune I.

- La Mairie suivait juste leur fonctionnement mais n'avait pas le droit de décision. D'après elle ces CSCOM étaient indisciplinés car, leurs médecins directeurs communiquaient généralement leurs bilans en retard. En termes d'amélioration de la couverture sanitaire au niveau de la



commune | la Mairie avait construit les CSCOM de Boukassoumbougou 1 et de Korofina nord, le bloc opératoire et la morgue du CSREF de Korofina, le recrutement d'une partie du personnel du CSREF de Korofina.

- **Par rapport aux indigents** : la mairie prévoyait dans son budget la prise en charge des indigents dont le nombre était très élevé.

## V - COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

### 1- Fiabilité de la méthode :

La présente étude a été réalisée avec succès mais nous avons rencontré certaines difficultés au cours de l'enquête, car certaines personnes étaient réticentes quand il s'agissait de donner leur âge.

Le choix de la gestion des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou n'était pas fortuit car : aucun sujet de thèse n'avait encore été réalisé concernant la gestion des services de santé au Mali. De plus, ces deux CSCOM ne faisait pas habituellement l'objet d'une étude.

### 2- Profil des enquêtés :

#### 2-1- Le sexe.

Les deux centres de santé étaient majoritairement fréquentés par les femmes avec respectivement 80% (Boul.1) et 84%( Boul.2). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes étaient beaucoup plus présentes dans les ménages et dans les CSCOM au moment de l'enquête.

Les études faites par NOUHOUM S (6) et KANTA K (11) ont trouvé respectivement les taux suivants : 81,75 % et 71,1 %.

#### 2-2- Age.

Les deux CSCOM étaient fréquentés par toutes les tranches d'âge ; mais la tranche d'âge dominante était celle de 18 à 27 ans avec 49,6% (Boul.1) et 49,2% (Boul.2). La population d'étude était majoritairement jeune.

La moyenne d'âge de la population enquêtée était de 28,9 ans à Boul.1, et de 30,8 ans à Boul.2.

Chez KANTA K (11), la tranche d'âge dominante était celle de 45 à 49 ans avec 46,8 %.

### 2-3- Le niveau d'instruction.

Les deux centres de santé communautaires étaient fréquentés par une population ayant des niveaux d'instruction confondus (non scolarisé, primaire, secondaire, supérieur) ; mais aussi par des personnes ayant reçu une instruction coranique.

Le taux de non scolarisés était de 22,4% (Boul.1) et de 20% (Boul.2).

Deux études faites au Mali (11 ; 12), ont montré que la quasi-totalité de la population était non scolarisée avec comme taux respectifs : 90,9% et 89,1 %.

### 2-4- La profession.

Les deux CSCOM étaient majoritairement fréquentés par les ménagères, avec un taux de fréquentation de 56,8% à Boul.1 et 50,8% à Boul.2.

En dehors des ménagères majoritaires, d'autres personnes exerçant divers métiers (fonctionnaire, étudiant, commerçant, artisan, agriculteur) fréquentaient aussi ces CSCOM.

NOUHOUM S, LAZARE C et KANTA K (6 ; 12 ; 11) ont trouvé respectivement comme taux de fréquentation des ménagères : 68% ; 94,1% et 48,7 %.

### 2-5- La situation matrimoniale.

Dans les deux centres de santé, il y avait des personnes de divers statuts matrimoniaux : célibataires, mariés, veufs, divorcés. La majorité était

représentée par les personnes mariées, avec un taux de 80,8 % pour Boul.1 et 82,2% pour Boul.2.

Pour KANTA K et LAZARE C (11 ; 12), le taux de marié était respectivement de 81,3 % et 97,4 %.

### **3- la connaissance de l'existence de la carte de membre de l'ASACO :**

Dans les deux CSCOM, le taux de connaissance de l'existence d'une carte d'adhésion à l'ASACO restait faible : 26,4 % pour Boul.1 et 16,8% pour Boul.2. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'information et de sensibilisation de la population par rapport aux avantages de cette carte ; ceci dans le souci d'éviter toute baisse des recettes au niveau des entrées.

Dans les études faites par NOUHOUM S et KANTA K (6 ; 11), ce taux était respectivement de: 14,1% et 88,5%.

Par ailleurs, le maximum de cartes trouvé par famille était de quatre (4) à Boul.1, et de trois (3) à Boul.2.

Concernant la possession d'une carte de membre : notre taux de possession était de 7,2% à Boul.1, et de 6,4% à Boul.2. KANTA K (11) a rapporté un taux de 82,9%.

### **4- qualité de l'accueil :**

Elle est déterminante ; le personnel doit recevoir dans la bonne humeur et le respect. Elle a été jugée mauvaise dans 28,6 % des cas au CSCOM de Boul.1, contre 53,6 % au CSCOM de Boul.2.

Dans deux études réalisées au Mali (11 ; 12), le taux de non satisfaction par rapport à la qualité de l'accueil était respectivement de 6,1% et 5 %.

### **5- satisfaction par rapport à la prise en charge :**

Dans les deux CSCOM, la majeure partie de la population était satisfaite de la prise en charge soit 91,6% pour Boul.1 et 88,8% pour

Boul.2. L'étude de LAZARE C (12) a trouvé un taux de satisfaction de 90%.

Les motifs majeurs de non satisfaction par rapport à la prise en charge au niveau des deux CSCOM étaient : le mauvais accueil et l'incompétence du personnel soignant. A coté de cela, il y avait aussi la qualité des ordonnances, la rupture des stocks de médicaments, le manque de ponctualité/ de sérieux et l'insalubrité.

Selon une étude menée dans la sous région et précisément au Togo (14), l'accueil inadéquat des patients a été identifié comme étant une des causes majeures de non satisfaction des usagers.

#### **6- conformité des organes de gestion par rapport au règlement intérieur:**

Concernant les réunions du CA : dans les deux ASACO, le taux de réalisation des réunions du CA était nul. Dans l'étude réalisée par KANTA K (11), le taux de réalisation était de 50%.

Quand aux réunions du CG : elles se tenaient 1fois/ semaine à l'ASACOBoul 1, tandis qu'à l'ASACOBoul 2 c'était 12fois/an soit un taux de réalisation de 100%. Dans l'étude menée par KANTA K (11), les réunions du CG se tenaient 3fois/an soit un taux de réalisation de 25%.

#### **7- Participation des gestionnaires aux ateliers de formation:**

Dans les deux ASACO, le CG comptait cinq (5) membres dont deux (2) bénéficiaient des ateliers de formation organisés par la FELASCOM ; soit un taux de participation de 40%. Dans l'étude faite par KANTA K (11), le CG était composé de sept (7) membres dont quatre (4) participaient aux ateliers de formation en gestion communautaire ; soit un taux de participation de 56%.

#### **8- Concernant les travailleurs du CSCOM :**

Dans chaque CSCOM, la majorité des travailleurs était des contractuels de l'ASACO ; soit 57,1% (Boul.1) et 78,6% (Boul.2). Et au moins la moitié était satisfait des conditions de travail ; soit 50% pour Boul.1 et 57,1% pour Boul.2.

Dans l'étude de KANTA K (11), la majorité des travailleurs du CSCOM était pris intégralement en charge par l'ONG canadienne SAHEL-21 au plan salarial ; soit 60%. Or dans l'étude de Dembélé M zoumana (9), 67% des travailleurs du CSCOM étaient des contractuels de l'ASACO.

### **9- critères de choix des gestionnaires :**

Les critères de choix pour être gestionnaire étaient entre autres : l'adhésion à l'ASACO, la disponibilité et l'intégrité morale ; la connaissance du français et l'âge comptaient peu. Une étude réalisée au Bénin a mis en exergue les critères de choix suivant : l'âge, les affinités politiques et la maîtrise du français.

### **10- la participation aux séances d'IEC :**

La majorité des personnes enquêtées ne participait pas aux séances d'IEC organisées dans chaque CSCOM. Le taux de participation était de 27,2% à Boul.1, et de 21,2% à Boul.2. Les raisons de non participation aux séances d'IEC étaient entre autres : le manque de temps, l'absence d'information et le manque d'intérêt.

Quelle que soit la tranche d'âge des enquêtés, ce taux de participation restait bas. Mais il faut noter que ce sont les personnes de moins de 18 ans (28,6%( Boul.1) ; 36,4%(Boul.2)), et celles de 28 à 37 ans (34,7%(Boul.1) ; 23,6% (Boul.2)) qui participaient plus aux séances d'IEC. A partir de 58 ans, personne ne participait aux séances d'IEC dans les deux CSCOM. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'intérêt que les personnes âgées portaient à l'endroit des séances d'IEC.

### **11- perception de la gestion :**

Quelle que soit l'aire de santé, la majorité estimait que le CSCOM était bien géré par L'ASACO ; soit 68,8% pour Boul.1 et 73,6% pour Boul.2.

Dans le but d'améliorer la gestion du CSCOM, la proposition majeure qui se dégagait indépendamment des deux aires de santé était : l'information sur les activités du CSCOM et sur les avantages de la carte de membre. 36% aimeraient être informés à l'avenir à Boul.1, contre 28,4% à Boul.2.

Les autres propositions recensées étaient : l'amélioration de l'accueil et/ou du plateau technique, le changement favorable de comportement du personnel soignant, le recrutement du personnel compétent, l'assainissement du milieu et l'éviction des ruptures des stocks de médicaments.

## **12- Les facteurs de motivation des gestionnaires :**

Indépendamment des deux ASACO, les facteurs qui incitaient les gestionnaires à mieux travailler étaient d'ordre financier (primes) pour le médecin directeur et le gérant du dépôt, et d'ordre moral (gratitude et reconnaissance de la population) pour les autres gestionnaires.

Une étude faite au Togo sur le renforcement des capacités de gestion sanitaire (14), a mis en évidence les facteurs de motivation suivants :

- ✓ L'incitation financière : en fin d'année, ils touchaient des ristournes provenant des prélèvements effectués sur les ressources générées par les recouvrements des couts. Ces ristournes étaient payées à la seule condition que le solde de l'exercice financier soit positif.
- ✓ La participation à des sessions de formation continue (séminaires, ateliers, cours), organisées en dehors du cadre de travail habituel. Seuls les candidats sélectionnés selon les efforts fournis en bénéficiaient.

### **13- Temps consacré à la gestion par les membres du CG par rapport aux autres responsabilités :**

Au CSCOM de Boulkassoumbougou 1, le médecin directeur accordait 5% de son temps de travail hebdomadaire à la gestion du CSCOM. Pour les autres gestionnaires, il s'agissait d'une (1) fois par semaine lors de la réunion du CG. Or au CSCOM de Boulkassoumbougou 2, le médecin directeur n'accordait pas une marge de temps spécifique à la gestion du CSCOM ; il participait tout simplement à la réunion mensuelle du CG comme tous les autres gestionnaires.

Au Togo (14), ce taux était respectivement de 63% ; 45% et 39% pour les gestionnaires d'hôpitaux des districts de Laco, Lomé III et Kloto.

### **14- Approche à la formation des gestionnaires :**

Dans les deux ASACO, l'approche à la formation des gestionnaires reposait sur : la formation continue à travers des ateliers organisés par le Ministère de la santé en partenariat avec la FENASCOM ; et la dotation en manuel d'apprentissage de la gestion des ASACO fourni par l'USAID Mali.

Une étude réalisée en Afrique du Sud et en Ouganda (1), a retrouvé comme technique d'approche à la formation des gestionnaires: le soutien avec formation sur le lieu de travail, et également la formation continue à travers les séminaires et ateliers.

### **15- Accès des gestionnaires à l'information et à la communication :**

Les gestionnaires des deux ASACO n'avaient pas accès à l'information et la communication. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'existait pas de publication ou de journal pour les gestionnaires, qui leur fournissent des exemples de bonnes pratiques faites ailleurs et des solutions innovantes. De plus, ils



n'avaient pas des opportunités d'apprentissage et d'échanges d'expérience avec les gestionnaires des autres pays.

En Afrique du Sud et en Ouganda (1), ils n'avaient pas accès à l'information et la communication certes pour les mêmes raisons. Mais ils avaient des opportunités d'apprentissage et d'échange d'expérience avec les autres pays, même si elles étaient minimales.

### **16- Les systèmes de gestion les plus faibles:**

Dans les deux CSCOM, les systèmes de gestion les plus faibles étaient ceux sur lesquels les gestionnaires mettaient beaucoup plus l'accent. Il s'agissait de la gestion financière car les budgets étaient insuffisants, et de la gestion du personnel car les difficultés financières compliquaient le recrutement d'un personnel qualifié.

Dans une étude faite en Afrique du Sud et en Ouganda (1), ces deux systèmes de gestion ont été également identifiés comme les plus faibles.

## **VI - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.**

### **■ CONCLUSION.**

Du 23 novembre au 13 décembre 2009, nous avons effectué une étude transversale descriptive et comparative portant sur la gestion des ASACO. Cette étude s'est déroulée en commune I dans le quartier de Boukassoumbougou, auprès de : 500 ménages, le personnel soignant et les gestionnaires des CSCOM, et le 5<sup>ème</sup> adjoint au maire. L'objectif général de notre étude était de décrire la gestion de nos services de santé communautaire, afin de proposer une vue d'ensemble de l'état de la gestion au niveau local.

Au terme de cette étude, il en ressort que les deux CSCOM souffrent encore de grandes insuffisances à savoir :

- \* Le manque de vie démocratique au sein des associations, et le faible taux de participation des gestionnaires aux ateliers de formation (40%).

- \* La méconnaissance de l'existence de la carte de membre pour la plupart des usagers ;(73,6% pour Boul.1, et 83,2% pour Boul.2).

- \* Le faible taux de participation aux séances d'IEC (par manque de temps et d'information); soit 27,2% pour Boul.1 et 21,2% pour Boul.2.

- \* Le manque de transparence et de séparation des comptes ; les aides sporadiques.

\* L'absence de véritable tutelle et de budget propre alloué aux ASACO par la Mairie (la CAM n'avait pas été signée).

\* La confusion entre les fonctions de président de l'ASACO et de directeur du CSCOM.

\* La plupart des travailleurs était des contractuels de l'ASACO, soit 57,1% pour Boul.1 et de 78,6% pour Boul.2.

Malgré toutes ces insuffisances, la majorité des usagers était satisfaite de la prise en charge (91,6% à Boul.1 et de 88,8% à Boul.2) ; et estimait que la gestion était bonne (68,8% à Boul.1 et 73,6% à Boul.2).

### ■ RECOMMANDATIONS.

Dans le souci d'améliorer les progrès réalisés en termes de renforcement des capacités de gestion de nos services de santé, nous préconisons ce qui suit :

#### 1- A L'ENDROIT DES DIRIGEANTS DE L'ASACO.

- ✓ Assurer une grande mobilisation sociale autour du CSCOM, afin que la population comprenne et adhère à cette idée de santé communautaire.
- ✓ Rendre des comptes à la population par rapport à la gestion et le fonctionnement du CSCOM, en convoquant les AG comme le règlement intérieur le stipule.
- ✓ Sensibiliser la population par rapport à l'existence et les avantages de la carte de membre.
- ✓ Mettre en place une bonne collaboration avec les agents de santé du CSCOM.
- ✓ Améliorer les conditions de travail du personnel soignant et prendre davantage en compte leurs revendications.

- ✓ Prévoir à long terme une gestion informatisée du CSCOM, afin de mesurer de façon efficace les progrès faits en termes de gestion tout en déterminant des indicateurs de performance.
- ✓ Afficher les tarifs des différents services, et mettre des boîtes à suggestion au niveau des centres de santé.

### **2-1- A L'ENDROIT DU PERSONNEL DE SANTE.**

- ✓ Améliorer l'accueil, en créant un véritable service d'accueil pour informer et orienter les patients.
- ✓ Etre plus disponible, plus consciencieux et plus ponctuel.
- ✓ Informer et sensibiliser les populations sur l'importance des séances d'IEC.
- ✓ Assurer une meilleure gestion des médicaments, afin d'éviter les ruptures de stock.
- ✓ Améliorer la qualité de la prescription, en délivrant des ordonnances à but curatif et non lucratif.

### **2-2- A L'ENDROIT DES POPULATIONS DE BOULKASSOUMBOUGOU.**

- ✓ S'intéresser davantage à la gestion de leurs propres problèmes de santé en adhérant à leurs ASACO.
- ✓ Participer aux séances d'IEC organisées dans leurs CSCOM.

### **2-3- A L'ENDROIT DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA MAIRIE DE LA COMMUNE I.**

- ✓ Contribuer au recrutement et à la prise en charge salariale d'un personnel de santé qualifié.
- ✓ Equiper les CSCOM pour qu'ils répondent aux normes et procédures des centres de santé de premier niveau.

- ✓ Participer à la formation et au recyclage du personnel dans le but d'améliorer la qualité des soins.
- ✓ Suivre le fonctionnement des CSCOM afin de contrôler leur gestion.
- ✓ Pour la mairie de la commune I : d'une part, signer la convention d'assistance mutuelle (CAM) avec toutes les ASACO de la commune ; et d'autre part, aider l'ASACOBoul 2 à avoir un local approprié construit selon les normes d'un centre de santé.

## VII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1 – **Renforcement des capacités de gestion sanitaires dans les pays à faible revenu, année 2005, 33p.** ([Http : // www.who.int.fr](http://www.who.int.fr))  
date d'accès le 25/09/2009.

2 – **Dictionnaire français, LAROUSSE MAXI POCHE 2009, 200 p.**

3 – **MINISTERE DE LA SANTE DU MALI. Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction, juin 2005, 102 p.**

4 – **Pour Une Meilleur Gestion Des Services De Santé Dans Les Pays à Faible Revenu, CONSULTATION INTERNATIONALE SUR LES STRATEGIES A METTRE EN ŒUVRE, ACCRA, GHANA, 29 janvier 2007-1<sup>er</sup> février 2007, 4p.**  
(<http://www.who.int/countries/ghana/partnerships/fr>) date  
d'accès le 25/09/2009.

5- **Etude monographique de la commune I** (Rapport final juin - août, 2007) ; page 2-12.

### 6- **NOUHOUM SAMAKE**

Evaluation de la qualité des soins dans le CSCOM de Boukassoumbougou II. Thèse de médecine. Bamako 2009 ; 52p.

### 7- **RAKKI M'BAYE**

Evaluation de la qualité de l'accouchement dans les centres de santé : ASACOBABA, ASACOBBOUL I et le CSREF de la commune I du district de Bamako .thèse de médecine (FMPOS). Bamako 2008 ; p 26- 65.

### 8- **USAID MALI, Direction nationale de la santé, Fédération nationale des ASACO (FENASCOM)**

Formation en gestion des ASACO manuel du formateur ; 125p.

## **9- DEMBELE MAMADOU ZOUMANA**

Mobilisation sociale autour du CSCOM de Garna dans la commune rurale de Tamani, cercle de Baraouéli, région de Ségou. Thèse de médecine. Bamako 2006 ; p 12- 16.

## **10- Duflos et al**

Evaluation de l'impact des maladies chez les enfants de moins de 15 ans en milieu rural au Mali, 1986 cités par CIHI, 1995 ; P 7-8.

## **11- KANTA K**

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par la population de l'aire de santé de Ségué (cercle de Kolokani). Thèse de médecine (FMPOS). Bamako 2007 ; p 45- 58.

## **12- LAZARE COULIBALY**

Etude sur la sous fréquentation des CSCOM dans la région de Koulikoro. Thèse de médecine. Bamako 2005 ; p 38- 54.

## **13- AG IKNANE A et al**

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako, GIE SPT, septembre 2000.

**14- Pour un bon fonctionnement des systèmes de santé :  
Renforcement de la gestion sanitaire au Togo, quelles leçons en tirer ? (Document de travail N° 7- de l'an 2000 à l'an 2005) 36p. ;  
(<http://www.who.int/countries/togo/partnerships/fr>) date d'accès le 26/01/2010.**

## **2 - FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM : SANAMA BAGADEMA**

**PRENOM : DON CARLEONE**

**NUMERO DE TELEPHONE : 00223 73 00 71 11**

**E-mail : [donca2004@yahoo.fr](mailto:donca2004@yahoo.fr)**

**TITRE : ETUDE DE LA GESTION DES ASACO : Le CAS DES CSCOM 1 ET 2 DE BOULKASSOUMBOUGOU AU SEIN DU DISTRICT DE BAMAKO.**

**Pays d'origine : Cameroun**

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

**Ville de soutenance : Bamako**

**Secteur d'intérêt : Anthropologie, éthique, gestion et santé publique.**

### **RESUME :**

Il s'agit d'une étude transversale comparative et descriptive qui s'est déroulée du 23 novembre 2009 au 13 décembre 2009 auprès du personnel soignant et des gestionnaires des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou, de la Mairie de la commune I, et de 500 ménages du quartier de Boukassoumbougou.

Au terme de cette étude, nous avons obtenu comme résultats : un taux faible d'adhésion à l'ASACO dans les aires de santé étudiés soit 7,2% (Boukassoumbougou 1), et 6,4% (Boukassoumbougou 2). Ceci s'explique par le manque d'information et de sensibilisation de la population sur l'existence et les avantages de la carte de membre.



De plus, la plupart du personnel soignant des deux CSCOM était contractuel de l'ASACO : soit 57,1% (Boukassoumbougou 1), contre 78,6% (Boukassoumbougou 2).

**Mots clés :** gestion, CSCOM, ASACO.

## 1 - FICHE D'ENQUETE

### α- QUESTIONNAIRE POUR LA COMMUNAUTE.

- Identification

Numéro de la fiche/...../...../...../

Nom ..... de  
l'enquêteur.....

Aire ..... de  
santé.....

Age:/...../

Sexe : M..... / F...../

Situation matrimoniale : célibataire/\_/ Marié(e)/\_  
Divorcé(e) /\_/ veuf (Ve)/\_/

Tranche d'âge : < 18 /.... /, 18-27 /...../ 28-37 /.... / 38-  
47 /.... / 48-57 /.... / 58-67 /.... / 68 et plus : /.... /.

Niveau d'instruction : Non scolarisé /.... / Primaire /.... /  
Secondaire /.... / Supérieur /.... / Non précisé /....  
/

Profession : Fonctionnaire/.... / Opérateur du secteur  
privé/.... / Retraité/.... / Ménagère/.... /  
Commerçant(e) /.... / Artisan(ne) /.... /  
Chauffeur/.... / Agriculteur (trice) /.... /, Elève/  
Etudiant (e) /.... /, Autre (à  
préciser).....

- Est-ce que les familles savent qu'il existe une carte de membre de l'ASACO leur donnant accès aux soins de santé à des prix modérés ? oui /\_/, non /\_/.

- Si oui, combien y a-t-il de cartes de membres par famille ?
- Est-ce qu'ils sont suffisamment informés sur le fonctionnement de leurs centres de santé, l'ASACO leur rend des comptes ? oui /\_/, non /\_/.
- Est-ce que les familles sont satisfaites de leur prise en charge dans les services de santé (accueil, information/orientation ; traitement ; conditions d'hospitalisation) ? oui /\_/, non /\_/.

Si non, pourquoi ?

- Est-ce qu'elles participent aux séances d'IEC organisées dans leur commune pour la prévention et la prise en charge de certaines maladies ? oui /\_/, non /\_/. Si non, pourquoi ?
- Est-ce qu'elles savent qu'il existe un certificat d'indigence permettant l'accès à des soins de santé gratuits pour les indigents (misérables ; nécessiteux) ? oui /\_/, non /\_/.
- Comment la communauté perçoit la gestion de leurs ASACO ? Bonne /\_/, mauvaise /\_/, passable /\_/. Que propose-t-elle pour l'améliorer ?

b - QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DE LA MAIRIE.

- Quel est le rôle de la mairie dans la gestion des services de santé de leur commune ?
- Quel est le budget annuel alloué aux ASACOBoul 1 et 2 ?
- Est-ce que la décentralisation (c'est-à-dire le transfert des compétences et des ressources) a effectivement eu lieu, ou elle est théorique ?
- Est-ce que la mairie suit le fonctionnement des ASACO ? (la situation de la caisse, le nombre de prestations /an ; la prise en charge du personnel), oui /\_/, non /\_/.
- Qu'est-ce qui est réalisé par la mairie en termes d'amélioration de la couverture sanitaire au niveau des ASACOBoul 1 et 2 ?
- Est-ce que la mairie prévoit dans son budget, la prise en charge de certaines catégories de malades (indigents, sinistrés) ? oui /\_/, non /\_/.

c- QUESTIONNAIRE POUR LES GESTIONNAIRES.

- Qui sont les gestionnaires et quelles sont leurs attributions?
- Un CSCOM compte combien de gestionnaires et quels sont leurs critères de choix?
- Comment fonctionnent les organes de gestion de l'ASACO ?
- Es- ce qu'ils ont reçu une formation approprié ? Oui /\_/ non /\_/
- Comment sont développées les compétences des gestionnaires ?
  - par formation continue /\_/
  - par soutien sur le lieu de travail avec coaching /\_/
  - par apprentissage par l'action /\_/
  - autre (à préciser).....
- Concernant le médecin chef, quel est le temps consacré par semaine ou par mois à la gestion par rapport aux autres activités (consultations, soins médico-chirurgicaux, séminaires de formation, missions et rédaction de rapport de mission, ...)

- Est-ce que les gestionnaires ont accès aux forums et réseaux internationaux ? Oui/\_/ non /\_/
- Es-ce que le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO est effectué ? si oui, comment ?
- Quels facteurs les aident à mieux travailler :
  - incitation non financière ? (Reconnaissance à travers évaluation, mentorat ou certification /\_/ ; Possibilités d'avancement /\_/ ; Opportunité d'apprentissage et d'échange d'expérience /\_/ ;  
Autre :.....)
  - incitation financière ? (Augmentation salariale /\_/, prime/\_/)
- Comment fonctionne la pharmacie du CSCOM ? (la sélection, l'approvisionnement, la distribution/l'utilisation, la périodicité d'approvisionnement et le contrôle de la gestion des médicaments)
- Comment gèrent-ils les ressources humaines ? (description des postes, remplissage des fiches signalétiques, déploiement et motivation du personnel, établissement et signature du contrat de travail, élaboration de l'organigramme)
- Es-ce que le CSCOM est bien équipé ? (présence de matériels technique, de vaccination, de surveillance, de démonstration nutritionnelle, équipement mobilier, matériel éducatif pour enfant, matériel d'entretien)
- Comment se fait la gestion du matériel ? (sélection des besoins, approvisionnement, tenu de fiche détenteur, répartition, utilisation et entretien)
- Comment sont gérées les ressources financières ? (élaboration du budget, recherche de sources

financement, l'ordonnancement, l'établissement des rapports et le contrôle financier)

- Es-ce que les gestionnaires rendent des comptes à la communauté?
- Es-ce qu'ils ont des accords ou partenariats avec des institutions ? si oui es-ce ces institutions influencent leur manière de gérer leur services de santé ?
- Comment se font les activités de gestion du système d'information sanitaire ? (sources de collecte des données, périodicité de la collecte, lieux de transmission des données, périodicité et délais de transmission des données, utilisation de l'information)
- Quels sont les systèmes de gestion sur lesquels l'accent est mis ? pourquoi ?
- Est-ce que les revendications /suggestions du personnel soignant sont prises en compte ? (amélioration du cadre de travail, motivation)
- Quels sont les facteurs influençant et limitant la sphère d'action des gestionnaires ?

### **3- Serment d'Hippocrate**

En présence des Maitres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maitres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Je le jure !



