

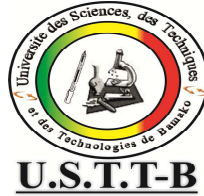
Ministère de l'Enseignement

République du Mali

Supérieur et de la Recherche Scientifique

Un Peuple – Un But – Une Foi

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



FACULTE DE PHARMACIE(FAPH)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012 – 2013

N°...../

THESE

VIABILITÉ DU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE BOULKASSOUMBOUGOU
DE 2010 A 2012 : CAS DE L'ASACOBOUL 1

Présentée et soutenue publiquement le/...../2013

Devant la Faculté de PHARMACIE

Par

Monsieur. MADEGNAN Mahouto Juste

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT: Pr. SANGHO Hamadoun

MEMBRE: Dr. DIAKITE Birama Djan

CO-DIRECTEUR: Dr. DIAWARA Fatou

DIRECTEUR: Pr. AG IKNANE Akory

Je dédie ce travail

A DIEU le Très miséricordieux.

Toi qui écoutes celui qui te loue, je ne cesserai point de te louer aussi bien longtemps que tu me garderas dans cette vie ici-bas.

A ma Patrie

Puisse ce travail modeste contribuer à ton édification.

A mon Père MADEGNAN E. Patrice

Cher père ce jour est la concrétisation de ce que tu avais amorcé depuis quelques années.

Ton sens de l'honneur, de la patrie, du courage et ton amour pour le travail bien fait m'ont permis de forger un chemin dans la vie.

Ton objectif qui est de faire de ta famille une famille courageuse et unie sera atteint In chaallah.

Je suis fière de toi en cet instant si solennel et émouvant pour la patience que tu as endurée.

Les mots ne pourront exprimer à fond ma reconnaissance en ton égard.

Que Dieu te garde longtemps près de nous. Amen

A mes mamans chéries TCHEGNON SOSSOU Véronique et AGO MELE Josephine

Chère mère vous avez été pour nous une éducatrice exemplaire, une meilleure maman. Sachez que ce travail est également le fruit de vos bénédictions permanentes et de vos prières. Vous aviez supporté tous nos caprices. Seul Dieu saura vous récompenser à la hauteur de vos actes. Qu'il nous accorde une longue et heureuse vie.

Que dieu vous donne longue vie. Amen

A mes Frères et sœurs Régis, Diane, Joëlle, Armel, Vicentia, Donald

Pour le réconfort moral et le soutien que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude, recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle reste toujours sacrée entre nous. J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le

moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A toute la famille MADEGNAN,

Ce travail est le vôtre.

A Mme TADJOU Faoussiath et à toute sa famille,

Vous avez été une mère pour moi à Bamako. Merci pour tout ce que vous aviez fait pour nous. Votre sens de la famille m'a beaucoup marqué. Que Dieu vous protège et vous bénisse ainsi que toute votre famille. Ce travail est le vôtre.

A Mr kader A. CISSOKO et à toute sa famille,

Vous avez été comme un père pour moi. Votre simplicité et vos multiples conseils m'ont permis de mûrir encore un peu plus. Recevez ici toute ma gratitude et mon profond respect. J'espère ne jamais perdre de vue tout ce que vous m'avez appris. Ce travail est le vôtre.

Aux Dr : TRAORE Cheick, TRAORE Aichata Sidibé,

Je vous dis un grand merci pour la fraternité, l'amour et la considération que vous aviez eu à mon égard durant mes stages. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je tâcherai d'en faire bon usage si Dieu me le permet. Très bonne suite de carrière et que Allah vous bénisse.

Aux Dr : COOVI Lisette, ZOUNON Raymonde,

Je ne saurais exprimer toute ma reconnaissance envers l'amour, la fraternité, le soutien moral et financier ainsi que la considération que vous aviez accordé en ma personne. Dieu vous le rendra au centuple. Très bonne suite de carrière.

A mes aînés dr BABIO Wahid, dr Dossou-sognon Herman, dr MAHOVA Achille, dr KADJA Aurore, dr COOVI Lisette, dr ZOUNON Raymonde, dr ADEDJOURMAN Yasfir, dr ZOUMENOU Modeste, Ing ASSOGBA Wakil, dr AHOUANSE Angelot, dr ASSOGBA Wilfried, dr AYEKO Herve, dr CLACO Serge, dr CHOBLI hervé, etc.

Je vous dis merci pour la fraternité et l'amour qui a eu et continu de régner entre nous .Ce travail est le vôtre.

A tous mes promotionnaires TOKPANOUE Hérodote, ASSOGBA Karelle, OUENDO Eddy,

Le chemin est long mais seul l'arrivé compte. Ce travail est le vôtre.

A mes jeunes frères académiques M. djamal, B. serge, V. Ghislain, A. mohamed, M. Karmel, A. stéphanie, S. alexandrine, Y. dorcas, G. laurent, M. schérazath, T. glwadys, M. eric, A. olivia, G. kharlynce, K. nicole, D. sophie, A. auberde, D. arsène, A. charbel, A. fawaz, etc.

Merci pour votre fraternité et votre sympathie à mon égard.

Ce travail vous est entièrement redevable.

A la promotion les rebelles en particulier à Olivia Avikpo,

Ma chérie tu as été plus qu'une amie, merci pour toute la complicité qui à règner entre nous surtout dans les moments difficiles. Reste telle que tu es et Dieu se chargera du reste. Amen

A mes ami(e)s qui me sont chers Biggy, Desmo, Véku, Avito, Angi, Sergi, herve, Héro nationale, koïko, le dja, le Mt, lewis strong, gaël, Big H, Erico, rocky et patricko S, Agbadjè titi, ino molo B, Hounsinou carmo, Avikpo olive, etc.

Je voudrais vous remercier de la complicité et de la joie partagée ensemble surtout dans les moments difficile, certes nous avons eu des hauts et des bas mais ce que je retiens c'est la grandeur de l'amour qui continue toujours de règner... puisse notre amitié durée encore et encore. Je vous considère.

A MES AMIS DE L'ENI fred ATOKE, A. hyppolite, Didier MILOHIN,

Les gars je voudrais vous remercier pour la joie et le respect partagé ensemble. Ce travail est le vôtre.

A MOUKAILA djamal,

Frangin, les mots me manquent pour exprimer tout ce que j'éprouve à ton égard. Tu as été plus qu'un ami et surtout un frère pour moi. Mille fois merci pour tous ces moments de joie partagés ensemble et j'espère ne jamais perdre de vue l'objectif de l'amitié ainsi que notre système « djamo djamo ».J'ose espérer que notre amitié perdurera à jamais !! Peace

Au dr BEDJI pierre,

Je voudrais te dire merci pour ta disponibilité, ton humilité et toute l'aide que tu m'as apporté quant à la réalisation de ce travail. Seul dieu saura te remercier à ta juste valeur. Très bonne suite de carrière à toi.

A la pharmacie MALAPHARM-MIMAPHARM et à mes collaborateurs Mr COULIBALY Solo et Mr CISSE Bassidiki,

Merci pour toute la sympathie et la fraternité qui ont régné durant mon apprentissage. Tenez vous tranquille Allah est au contrôle.

A TOUTE LA COMMUNAUTE MALIENNE en particulier à SAMAKE lassiné et fatoumata, TOURE samba, SANOGO sékou, DIABATE mamadou, DAO marcel, les frères CISSE...

Vous avez été comme une famille pour moi ici à Bamako. Je voudrais vous remercier pour toute cette joie partagée ensemble. Ce travail vous est redevable. Merci

A TOUTE LA COMMUNAUTE BENINOISE,

Ce travail est le vôtre.

A TOUTE LA COMMUNAUTE IVOIRIENNE, je cite dr Oumar VAKOU, dr sidy BATCHILY, dr Sekou TRAORE, dr Mariame SIDIBE, dr FOFANA Mohamed, LACINA Koné, Amara DIOMBERA, Abdoul, Sultan, Souleyman BOLY, Mory, etc.

Votre simplicité et vos manières d'être m'ont beaucoup apporté et m'ont permis de réaliser qu'être un homme c'est savoir aussi accepter les autres tel qui sont. Merci pour la convivialité, la fraternité, la joie et l'amour partagé ensemble.

A TOUTE LA COMMUNAUTE CAMEROUNAISE en particulier à toi inès aurelie molo biétékè,

Je ne cesserai de louer toute l'amitié, la confiance et la complicité partagée ensemble. J'ai beaucoup appris de toi et j'en suis vraiment ravi. Retient que le caractère de l'Homme sera toujours ce qui le définit sur terre même s'il a besoin du social pour y survivre. Dieu te bénisse.

A la cité wouri,

A tous ce que je n'ai pas cité, pardon et sachez que je vous remercie pour ce que vous m'avez apporté.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Hamadoun SANGHO

- *Maitre de conférences agrégé en santé publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako*
- *Directeur Général du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS)*

Cher maître ;

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

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

Veillez accepter cher maître, nos remerciements et trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr DIAKITE Birama Djan

- *Economiste de la santé.*
- *Chef service science sociale de l'institut nationale de recherche scientifique et publique.*

Cher maître ;

Nous avons été très honoré d'avoir fait votre connaissance.

Vos qualités intellectuelles, votre générosité et votre ouverture d'esprit font de vous une personne appréciée de tous.

Recevez ici cher maître nos remerciements et notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTRICE DE THESE

Dr TRAORE Fatou DIAWARA

- *Médecin de Santé Publique, spécialisée en Epidémiologie*
- *Chef de Division Surveillance Epidémiologique de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA)*
- *Ancien Point focal des activités de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako*

Cher maître ;

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de cette œuvre scientifique.

Acceptez ici chère maître, notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Akory AG IKNANE

- *Maitre de conférences en Santé Publique à la FMOS,*
- *Directeur général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA),*
- *Président du Réseau Malien de Nutrition (REMANUT),*
- *Secrétaire général de la Société Malienne en Santé Publique (SOMASAP)*
- *Ancien Chef du Service Nutrition à l'INRSP*
- *Premier Médecin Directeur de l'ASACOBA*

Cher maître ;

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

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

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

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

Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Présentée et soutenue publiquement le/...../2013 | 1 |
| Par | 1 |
| 1. INTRODUCTION | 19 |
| 2. OBJECTIFS | 20 |
| 2.1 Objectif général | 21 |
| 2.2 Objectifs spécifiques | 21 |
| 3. GENERALITES | 21 |
| 3.1 Géographie | 21 |
| 3.2 Population | 22 |
| 3.3 Situation sanitaire du mali | 22 |
| 3.4 Les aspects institutionnels de la gestion des associations de sante communautaire au Mali 24 | |
| 3.5 Organisation générale des ASACO | 27 |
| 4. METHODOLOGIE | 34 |
| 4.1 Site de l'étude | 34 |
| 4.2 Lieu d'étude | 36 |
| 4.3 Type d'étude | 39 |
| 4.4 Période d'étude | 39 |
| 4.5 Population d'étude | 39 |
| 4.6 Critères d'inclusion et de non inclusion | 40 |
| 4.7 Echantillonnage | 40 |
| 4.8 Technique et outils de collecte des données | 41 |
| 4.9 Traitement et analyses des données | 41 |
| 4.10 Considération éthiques | 42 |
| Avant de commencer l'enquête, nous avons pris contact avec le CSRef de Korofina afin de leur expliquer les objectifs visés par notre étude, pour obtenir leur approbation. Pendant l'enquête, nous avons pris la peine d'expliquer à tous ceux qui voulaient répondre à nos questions : à l'aide d'une fiche de consentement, ce sur quoi portait l'étude, son but et ce qu'on attendait d'eux. Après l'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..... | 42 |
| 4.11 Limites | 42 |
| 5. RESULTATS | 43 |
| 5.1 Rôle administrative de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM | 43 |
| 5.2 Organisation des services techniques de l'ASACOBOUL 1 | 46 |
| 5.3 Performances techniques de l'ASACOBOUL 1 | 47 |

| | |
|--|----|
| Calcul des indicateurs de performances du tableau V. | 48 |
| 5.4 Evolution des recettes et des dépenses de l'ASACOBOUL1 de 2010 à 2012. | 56 |
| Tableau X : Evolution des recettes de la pharmacie au cours des trois dernières années..... | 56 |
| La vente des médicaments a augmenté durant les trois dernières années. Pas de subventions. | 56 |
| Tableau XI : Evolution des recettes de la tarification au cours des trois dernières années. | 56 |
| Les autres recettes ont constitué la majorité des recettes totales et ont augmenté au cours des trois dernières années. Pas de subventions. | 57 |
| Tableau XIII : Evolution des dépenses de la pharmacie au cours des trois dernières années. | 57 |
| L'achat des médicaments a augmenté au cours des trois dernières années..... | 58 |
| Tableau XIV : Evolution des dépenses de la tarification au cours des trois dernières années..... | 58 |
| L'achat consommable médical a augmenté de 549 800 Fcfa en 2010 à 1 609 100 Fcfa en 2011, puis a baissé à 729 700 Fcfa en 2012..... | 58 |
| 5.5 Détermination du niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOBOUL 1 | 60 |
| 6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS | 64 |
| 6.1 Rôles de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM | 64 |
| 6.2 Organisation des services techniques | 65 |
| 6.3 Les prestations | 65 |
| 6.4 Evolution des dépenses et des recettes | 66 |
| 7. CONCLUSION | 67 |
| 8. RECOMMANDATIONS | 68 |
| BIBLIOGRAPHIE | 69 |
| ANNEXES | 73 |
| FICHE SIGNALETIQUE | 73 |
| Nom : MADEGNAN..... | 73 |
| Ville de soutenance : Bamako | 74 |
| Pays : Mali | 74 |
| Secteur d'intérêt : Santé publique..... | 74 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | | |
|-------------|---|---|
| AG | : | Assemblée Générale |
| ASACO | : | Association de Santé Communautaire |
| ASACOBOUL 1 | : | Association de Santé Communautaire de Boukassoumbougou I |
| BW | : | Test de Syphilis |
| BCG | : | Bacille de Calmette et de Guérin (vaccin contre la tuberculose) |
| CA | : | Conseil d'Administration |
| CAM | : | Convention d'Assistance Mutuelle |
| CG | : | Comité de Gestion |
| CNS | : | Comptes Nationaux de la Santé |
| CPES | : | Consultations Préventives des Enfants Sains |
| CPN | : | Consultation Périnatale |
| CPON | : | Consultation Post-Natale |
| CPS | : | Cellule de Planification et de Statistique |
| CS | : | Comité de Surveillance |
| CSCOM | : | Centre de Santé Communautaire |
| CSref | : | Centre de Santé de Référence |
| DCI | : | Dénomination Commune Internationale |
| DNS | : | Direction Nationale de la Santé |
| DTCP | : | Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche et la Poliomyélite |
| EDSM | : | Enquête Démographique et de Santé du Mali |
| FAPH | : | Faculté de Pharmacie |
| FCFA | : | Franc de la Communautaire Financière Africaine |
| FE | : | Femme Enceinte |
| FENASCOM | : | Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire |
| FENASCOM | : | Fédération Nationale de Santé Communautaire |
| FMPOS | : | Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomalogie |
| FNE | : | Femme Non-Enceinte |
| GE | : | Goutte Epaisse |
| Hb | : | Hémoglobine |
| IB | : | Initiative de Bamako |

| | | |
|------------|---|--|
| IECS | : | Information Education Communication en Santé |
| INSTAT | : | Institut National des Statistiques |
| Km | : | Kilomètre |
| NB | : | Noter Bien |
| NC/hbts/An | : | Nombre de cas par habitants par an |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| n | : | Effectif |
| PDDSS | : | Plan Décennal et Développement Sanitaire et Social |
| PSEV | : | Programme Elargi de Vaccination |
| PF | : | Planning Familial |
| PMA | : | Paquet Minimum d'Activités |
| PPM | : | Pharmacie Populaire du Mali |
| PRODESS | : | Programme Quinquennal de Développement Socio-Sanitaire |
| SLIS | : | Système Local d'Information Sanitaire |
| SPSS | : | Statistical Package for Social Sciences |
| VAA | : | Vaccin Anti Malaril |
| VAR | : | Vaccin Anti Rougeole |
| VAT | : | Vaccin Anti Tétanique |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| VIT A | : | Vitamine A |
| % | : | Pourcentage |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau I : Disponibilité du statut et règlement intérieur de l'ASACO et conformité des organes de gestion en 2013..... | 29 |
| Tableau II : Catégorie de salarié de l'ASACOBOUL 1 en 2013..... | 29 |
| Tableau III : Répartition des suggestions faites par les membres de l'ASACO en 2013..... | 30 |
| Tableau IV : Système de tarification des activités de l'ASACOBOUL 1 en 2013..... | 31 |
| Tableau V : Evolution des indicateurs de performances durant les trois dernières années..... | 34 |
| Tableau VI : Evolution des activités menées par rapport aux objectifs fixés à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années..... | 36 |
| Tableau VII: Evolution des analyses réalisées à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années..... | 37 |
| Tableau VIII: Répartition du personnel de l'ASACOBOUL 1 selon le nombre d'années de service en 2013..... | 39 |
| Tableau IX: Répartition des suggestions faites par personnel de l'ASACOBOUL 1 en 2013..... | 40 |
| Tableau X : Evolution des recettes de la pharmacie au cours des trois dernières années..... | 40 |
| Tableau XI : Evolution des recettes de la tarification au cours des trois dernières années..... | 41 |
| Tableau XII : Evolution des recettes de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années..... | 41 |
| Tableau XIII : Evolution des dépenses de la pharmacie au cours des trois dernières années..... | 42 |
| Tableau XIV : Evolution des dépenses de la tarification au cours des trois dernières années..... | 42 |
| Tableau XV: Evolution des dépenses de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années..... | 43 |

| | |
|---|----|
| Tableau XVI: Récapitulatif des résultats des dépenses et des recettes de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années..... | 43 |
| Tableau XVII: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur avis sur l'accueil et l'orientation en 2013..... | 45 |
| Tableau XVIII: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur avis sur le coût des services de prestations en 2013..... | 46 |
| Tableau XIX: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon la nature de la consultation en 2013..... | 46 |
| Tableau XX: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur niveau de satisfaction des prestations de service en 2013..... | 47 |
| Tableau XXI: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon qu'ils soient prêt à retourner à l'ASACOBOUL1 en 2013..... | 47 |
| Tableau XXII: Répartition des suggestions faites par les usagers de l'ASACOBOUL1 en 2013..... | 48 |

FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure1 : carte de la ville de Bamako..... | 20 |
|--|----|

Figure 2: Evolution du nombre de personnel à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.....38

Figure 3: Répartition du personnel de l'ASACOBOUL 1 selon le sexe en 2013.....39

Figure 4 : Evolution des recettes par rapport aux dépenses de l'ASACOBOUL 1 en 2013.....44

Figure 5: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon le sexe en 2013.45

1. INTRODUCTION

L'accessibilité des populations les plus démunies aux soins de santé primaires demeure une préoccupation au cœur des politiques de santé dans les pays à faible revenus.

Les opérateurs de développement de systèmes sanitaires cherchent à soutenir l'émergence de services de santé offrant de façon continue des prestations de qualité accessibles et à un coût réduit pour l'utilisateur et qui soient pérennes sur le plan des soins, de leur gestion et de leur fonctionnement.

La présente étude s'intéressera à la viabilité des systèmes sanitaires suivant ses trois composantes c'est-à-dire les services offerts et leur utilisation par la population, l'autofinancement et ses limites et la structuration des relais institutionnels locaux qui gèrent ces services en autonomie.

Pendant longtemps l'Organisation Mondiale de la Santé a entrepris des efforts considérables dans la création et l'amélioration des structures de santé sur le plan mondial, ainsi que dans la collaboration avec la plupart des pays afin de les soutenir dans leur initiatives à rendre viable leur système de santé. Ainsi depuis 1987, les pays d'Afrique au Sud du Sahara se sont engagés avec détermination dans des réformes visant à améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins et la viabilité des services de santé communautaire. [1]

Par rapport au Mali, le système de santé avant l'accession du pays à l'indépendance était basé sur des services de prévention axés sur l'hygiène mobile, la prophylaxie et la gratuité des soins.

Après l'indépendance du pays, la politique de santé a été fondée sur les stratégies de soins de santé primaires et les principes de l'Initiative de Bamako (IB), dont un objectif majeur est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées. [2]

Ainsi les objectifs de l'Initiative de Bamako s'ils étaient atteints permettraient dans chaque pays en Afrique d'observer une amélioration de la santé tant dans

l'utilisation des services par la population que dans les performances et la progression du fonctionnement de ces dites structures. C'est dans ce cadre que la principale stratégie de la politique sectorielle de santé et de population qui a été adoptée par le Mali le 15 Décembre 1990 avait responsabilisé les communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Le district de Bamako compte aujourd'hui 59 CSCOM répartis dans ses différentes communes. [3]

Malgré les progrès effectués, la moyenne d'utilisation des services de santé dans ces pays est restée basse. En 2010, vingt-trois ans après le lancement de l'IB, La moyenne d'utilisation des services de santé au Mali pour les consultations curatives avoisinerait 0,32 NC/hbts/An contre 0,33 NC/hbts/An en 2009, ce qui signifie que malgré ces changements majeurs les effets sur la santé et la population sont restés insuffisants. [3]

Pour pouvoir faire le suivi et l'évaluation de ces centres, des études [4 ; 5] ont été réalisées sur les facteurs déterminants l'utilisation des services de CSCOM, et leurs performances en mettant l'accent sur leur capacité de recouvrement des coûts. [6]

Nous nous proposons dans la présente étude d'étudier leur viabilité en nous intéressant de manière globale aux systèmes de recouvrements de coûts, aux fonctionnements techniques et à la gouvernance.

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier le niveau de viabilité du centre de santé communautaire de l'ASACOBOUL1.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Décrire le rôle de l'ASACO dans la gestion du CSCOM de l'ASACOBOUL1 en 2013.
2. Décrire l'organisation des services techniques de l'ASACOBOUL 1.
3. Décrire les performances techniques de l'ASACOBOUL 1.
4. Déterminer l'évolution des recettes et des dépenses de l'ASACOBOUL 1 de 2010 à 2012.
5. Déterminer le niveau de satisfaction des utilisateurs par rapport aux prestations des services de l'ASACOBOUL 1.

3. GENERALITES

3.1 Géographie

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

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

3.2 Population

La population Malienne était estimée à 15 968 882 habitants en 2013 avec un taux d'accroissement de 3,01%. Selon les mêmes sources le taux d'urbanisation est de 34,9%. [7]

3.3 Situation sanitaire du mali

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, connaît aussi des améliorations significatives dans le domaine de la santé. Les dépenses totales de santé sont passées de 60 651 508 milliards en 2009 [6] à 75,5 milliards en 2012[8]. Pour la période 1999-2004, les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde [9] et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur des besoins de la politique sectorielle et du Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) ;
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;

- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantités qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences ;
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement malien a pris des mesures qui figurent dans la déclaration de politique sectorielle de santé et de population en 1990 (MSP-AS) [9]. Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et péri-urbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies ou qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio sanitaire en vue d'améliorer le bien-être de la famille. En outre, par la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources, afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs : Etat, organisations non gouvernementales (ONG) et populations. Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) a été élaboré. Pour la mise en œuvre de ce Plan, le Mali a opté pour l'approche sectorielle.

Le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire (PRODESS) ; le démarrage du PRODESS I (quinquennat 1998-2002), était initialement prévu pour mars 1998, mais le lancement du Programme n'a été effectif qu'une année plus tard. La programmation de la deuxième phase quinquennale (PRODESS II) a accusé en conséquence du retard, d'où le report de

la fin du PDDSS à 2009. Le PRODESS II couvre la période de 2005-2009, et est organisé autour de deux composantes : la Composante Santé et la Composante Développement Social. Le PRODESS II est basé sur les mêmes stratégies et orientations que celles élaborées et adoptées en 1998. [9] Le nouveau PDSS (2012-2021) a été élaboré et validé et sa première tranche de PRODESS est en cours.

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

3.4.1 Aspects juridiques

3.4.1.1 La loi sur les associations

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

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

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

3.4.1.2 Texte sur la privatisation des professions médicales

L'exercice privé des professions médico-pharmaceutiques, remonte en 1985 suivant la loi N°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985. Le décret N°91-106/PRM du 15 Mars 1991 fixe l'organisation de l'exercice privé des professions sanitaires et sa

mise en application est constaté par l'arrêté N°91-4319/MSP-AS-PF-CAB du 3 Octobre 1991.

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

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

La réglementation de cette santé communautaire ne commence véritablement qu'à partir de 1994 avec l'adoption de l'arrêté interministériel N°94-5092 du 21 Avril 1994 qui définit le rôle et les devoirs de chacun des acteurs et de cette politique à savoir l'Etat et les ASACO. Une modification de cet arrêté est intervenue en 2013 par le décret 05-299 du septembre modifié par l'arrêté N°13-711 du 02 septembre 2013 pour mieux préciser le principe de création et fonction des CSCOM.

3.4.1.3 Texte sur l'exonération des médicaments essentiels

Parallèlement à la libéralisation de l'exercice des professions médico-pharmaceutiques, est intervenue la liberté des prix des médicaments essentiels. Ainsi l'arrêté N°04-305 définit une liste de médicaments essentiels exonérés de

toute taxe. Le contrat plan Etat-PPM s'est poursuivi avec comme mission confiée à la PPM de s'investir dans l'approvisionnement en médicaments essentiels.

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

3.4.1.4 La convention d'Assistance mutuelle (CAM)

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

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

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

En contrepartie, l'état prend des engagements à :

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

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

3.4.2 Les textes réglementaires de la santé communautaires

3.4.2.1 Les statuts et règlements des ASACO

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

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

3.4.2.2 Statuts et règlement intérieur de la FENASCOM

Dans un souci d'harmonisation, cette dernière, lors de son dernier congrès ordinaire en novembre 1997 a adopté des statuts type pour l'ensemble des associations de santé communautaires. Cependant, ces différents statuts, conçus bien après la mise en place de la plupart de certaines ASACO, sont souvent en porte à faux avec les textes propres des ASACO. [10]

3.5 Organisation générale des ASACO

3.5.1 Rappels

3.5.1.1 Santé communautaire

La santé communautaire selon Rochon (Canada), est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires. [11]

3.5.1.2 Association de Santé Communautaire (ASACO)

Une « ASACO » est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé. [11]

3.5.1.3 Centre de Santé Communautaire (CSCOM)

Un « CSCOM » est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « ASACO ». [11]

3.5.1.4 Notion d'aire de santé

L'aire de santé est une zone couverte par un CSCOM. Le découpage d'un cercle en aires de santé donne la carte sanitaire du cercle. L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15km autour d'un CSCOM et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologiques. [11]

3.5.1.5 PMA

Il correspond à l'offre d'activités (ensemble des prestations) intégrées de soins de santé pour un CSCOM pour la population. [6]

3.5.1.6 Coût

Il se définit comme étant les dépenses d'une entreprise indispensables à la réalisation de son activité, c'est aussi le prix de revient d'un produit ou d'un service. [6]

3.5.2 Processus de mise en place du CSCOM

Un CSCOM est une structure sans but lucratif, pour cela, elle vise le recouvrement des coûts en appliquant une tarification modérée, accessible aux couches les plus démunies. Cette tarification est définie par les membres des organes de gestion du CSCOM au sein de l'ASACO. Les excédents dégagés par le système de recouvrement des coûts devant servir à l'amélioration des conditions de travail et à l'effort de qualité au sein de la structure de santé. Ainsi sa mise en place passe par le processus suivant : [10]

3.5.2.1 Constitution de l'ASACO

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

L'ASACO doit obtenir de l'administration son récépissé de déclaration, seul document officiel prouvant son existence. Aussi elle doit effectuer une demande d'agrément pour son CSCOM [11].

3.5.2.2 Etude du milieu

C'est la monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire [11].

3.5.2.3 Approche communautaire

Il s'agit de visites d'information, village par village, quartier par quartier. Au cours des assemblées générales des villages ou quartiers, on procède à la négociation du lieu d'implantation de l'aire de santé [11].

3.5.2.4 Elaboration du projet du CSCOM

➤ Engagements des différents partenaires (Etat, ONG...),

- Obtention de l'agrément,
- signature de la CAM (Convention d'Assistance Mutuelle) avec l'Etat [11].

3.5.3 Gestion d'un CSCOM

3.5.3.1 *Transparence*

La situation comptable produite doit refléter la situation réelle du centre. On ne doit rien cacher, rien omettre, rien transformer. Toutes les sorties d'argents (dépenses, crédits accordés, etc.) doivent être justifiées par des pièces comptables. Toutes les recettes doivent avoir une utilisation. Toutes les pièces comptables doivent être soigneusement conservées et disponibles. [10]

3.5.3.2 *Maintenance du capital*

Le capital (stock de médicaments, matériels et équipements, argent disponible en caisse ou en banque) ne doit pas diminuer mais doit augmenter pour couvrir l'accroissement des activités. [10]

3.5.3.3 *Principe de séparation des comptes*

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

N.B : Il est admis qu'une partie des bénéfices réalisés sur la vente des médicaments soit utilisée pour appuyer la tarification si les recettes de cette dernière sont insuffisantes pour couvrir ses propres dépenses [10].

3.5.4 Fonctionnement et organes de gestion de l'ASACO

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

3.5.4.1 L'Assemblée Générale (AG)

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

Il :

- définit la politique générale de l'ASACO et définit ses grandes orientations,
- fixe le montant des frais d'adhésion et cotisations ainsi que les tarifs du CSCOM,
- définit les modalités d'adhésion à l'ASACO,
- fixe les salaires du personnel du CSCOM,
- décide du recrutement et du licenciement du personnel du CSCOM,
- valide les comptes et le rapport d'activités de l'année écoulée,
- vote le budget et le programme d'activité de l'année à venir,
- élit le conseil d'administration de l'ASACO,
- se tient au moins une fois l'an. [10]

3.5.4.2 Le Conseil d'Administration (CA)

Il est composé de membres élus en Assemblée générale. Il met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale. Il prépare l'ordre du jour de l'AG. Il présente le rapport d'activité de l'année passée, la situation comptable de l'année passée, le budget de l'année à venir et le rapport d'activité de l'année à venir. Il élit les membres du comité de gestion du CSCOM. La fréquence des réunions est fixée dans les statuts. [10]

3.5.4.3 Le Comité de Gestion (CG)

- Assure le suivi régulier de la gestion du CSCOM ;

- Contrôle et valide la comptabilité du CSCOM;
- Etablit les comptes de synthèse de fin d'année;
- Elabore le micro plan du CSCOM;
- Elabore le budget de l'année à venir ;
- Le nombre de membres composant le bureau et la périodicité des réunions sont fixés dans les statuts [10].

3.5.4.4 *Le Comité de Surveillance (CS)*

Il est chargé de la surveillance des activités du Comité de Gestion [10].

3.5.5 Gestion des ressources humaines

3.5.5.1 *Le recrutement à l'ouverture du CSCOM*

Personnel minimum

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

3.5.5.2 *Les recrutements ultérieurs*

Il faut faire un bon diagnostic de la situation du centre avant de décider de recruter. L'ASACO :

- a le choix d'organiser le recrutement elle-même ou le confier à un autre organisme qui en a les compétences;
- doit être fortement représentée lors du recrutement;
- définit le profil des candidats ;
- recherche des candidats (annonces à la radio, journaux, affichages, etc..);
- présélectionne de candidats sur présentation de dossiers,
- réalise de tests techniques ;
- retient 3 à 5 candidats,
- Choisi le candidat final après un test de culture générale et d'autres aspects prenant en compte la capacité du postulant à intégrer le milieu, ses prestations salariales, etc. [10]

3.5.5.3 Le contrat du travail

3.5.5.3.1 Définition

Une convention en vertu de laquelle une personne, appelée employé, s'engage à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction de l'autorité d'une autre personne appelée employeur à la disposition. [10]

3.5.5.3.2 Formation du contrat

➤ Principes

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

➤ Exceptions

- Possibilité de faire un contrat avec un mineur ;
- Acte écrit du père ou du tuteur ;
- Contrat à durée déterminée obligatoirement écrit lorsqu'il dure plus de 3mois [10].

3.5.5.3.3 Types de contrat

➤ Le contrat à durée déterminée

- Expressément écrit ;
- Durée maximum de 24mois.

➤ Le contrat à durée indéterminée

- Non obligatoirement écrit ;
- Peut être rompu à tout moment [10].

3.5.5.3.4 Le licenciement

- Le contrat à durée déterminée ne peut être rompu avant son terme, sauf cas prévu dans le contrat, ou faute lourde, ou cas de force majeure.

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

Le système de soins à mettre en place doit mettre l'accent sur la réalisation du service public en favorisant l'accès de tous à des soins essentiels et de qualité. [10]

4. METHODOLOGIE

4.1 Site de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la commune 1 du district de Bamako, la capitale, le centre administratif et le centre économique du Mali, un pays de l'Afrique de l'Ouest faisant partie des plus pauvres du monde. La ville de Bamako est située sur les rives du fleuve Niger. Elle couvre une superficie de 276km² et s'étend d'Ouest en Est sur 22km et du Nord au Sud sur 12km. En 2010, la population de la ville était estimée à 1913738 habitants (Institut National de la Statistique (INSTAT), 2009).

Le district de Bamako est divisé en six communes (I, II, III, IV, V, VI). Les quatre premières communes (I, II, III, IV) sont situées sur la rive gauche, au Nord du fleuve Niger, et les deux autres (V, VI) sur la rive droite, au Sud du fleuve Niger.

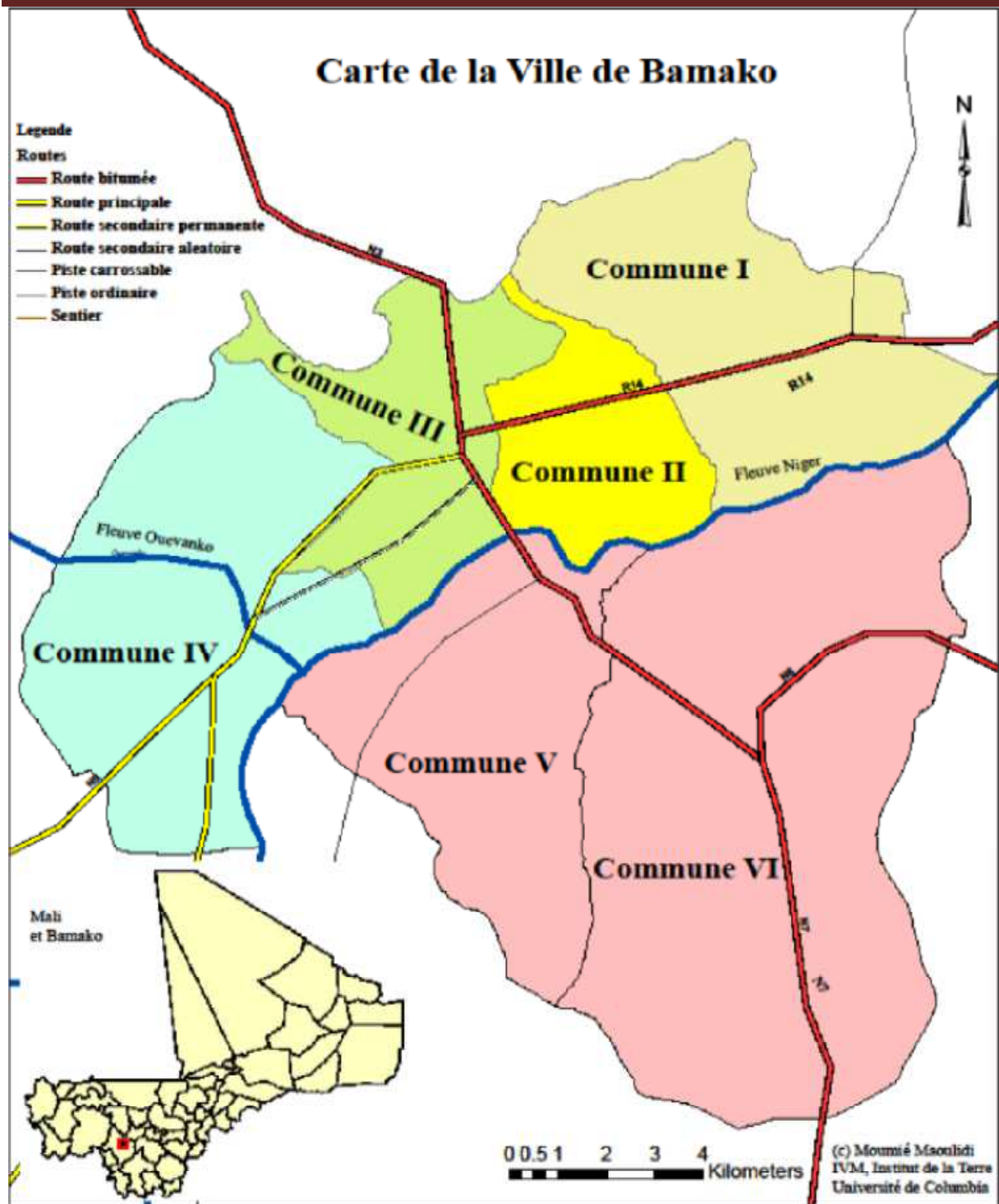


Figure 1 : carte de la ville de Bamako [12]

4.2Lieu d'étude

Notre étude a lieu dans le CSCOM 1 de Boukassoumbougou : ASACOBOUL I de la commune I du district de Bamako.

Présentation de la commune I

La commune I du district de Bamako comme toutes les autres communes a été créée par l'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 août 1978, abrogée par la loi n°96-025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako.

La commune I compte 388226 habitants, soit une densité moyenne de 11002 hbts/km² en 2013. [13] Elle est située à l'Est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée au nord et à l'Est par le cercle de Kati, au sud par le fleuve Niger, à l'ouest par la Commune II (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités) et couvre une superficie de 34,26 km² soit 12,863% de la superficie totale du district de Bamako.[13] Elle comprend neuf quartiers (Banconi, Boukassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Sotuba, Korofina Nord, Korofina Sud et Sikoroni) qui sont divisés en 13 aires de santé dont 12 sont fonctionnelles et une à cheval sur deux quartiers.

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme les caïlcedrats, les karités, les manguiers, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par l'alternance de deux saisons : une saison sèche et une saison des pluies. Les températures maximales dépassent les 42°C au mois de Mai et les plus basses tournent autour de 13°C en Janvier.

▪ Présentation du quartier de Boukassoumbougou

- ✓ Données historiques : le quartier de Boukassoumbougou fut créé pendant la période coloniale, et lotis dans les années 1970 comme les autres quartiers de la commune I.
- ✓ Données géographiques : Boukassoumbougou couvre une superficie de 3,41km². 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.

- ✓ **Données démographiques :** la population de Boulkassoumbougou compte 56602 personnes en 2013. Les ethnies dominantes sont les Bambaras, les Peulhs et les Sarakolés.
- ✓ **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 bénéficie, car il y a moins de fonctionnaires.
- ✓ **Données socio-sanitaire :** Le quartier de Boulkassoumbougou compte deux ASACO : ASCOBOUL1 et ASACOBOUL2

▪ **Présentation de l'ASACOBOUL I**

Il a été créé en 1991, mais c'est en janvier 2005 que ses locaux ont été construits par l'ASACO, avec la participation du Ministère de la Santé et de la mairie de Boulkassoumbougou. Son aire de santé compte 28301 habitants.

Ce centre de santé est situé à l'Est de la commune I sur la colline de Boulkassoumbougou, 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 comporte les infrastructures ci-après :

- ✓ **Un bureau** pour l'agent comptable servant d'accueil, d'orientation dans le CSCOM et utilisé comme salle de déclaration des naissances
- ✓ **Un dispensaire** constitué: de deux salles de consultation, d'une salle de soins infirmiers, d'un laboratoire d'analyse médicale, d'une salle de perfusion des malades, d'une pharmacie et des toilettes.
- ✓ **La maternité :** elle est sous la responsabilité 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 vaccination 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 salle de consultation prénatale,
- Une salle de consultation post-natale,
- Une salle de vaccination contenant le réfrigérateur pour la conservation des vaccins,
- Un bloc de trois toilettes à latrine, situé à l'Est de la maternité pour les accouchés et d'autres patients,
- Un bassin d'eau pour la lessive après l'accouchement,
- Un hangar pour le PMA.

Le PMA comprend les activités suivantes :

- **Activités curatives** : elles couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.
- **Activités préventives** : elles portent sur la consultation prénatale (CPN) le planning familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants, aussi que les femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire aussi en stratégie avancée.

4.3 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et prospective.

4.4 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 01 au 30 juin 2013 à l'ASACOBOUL I.

4.5 Population d'étude

Au niveau de l'ASACO: le président du conseil d'administration et deux membres du comité de gestion.

Au niveau du CSCOM : le médecin-directeur, le médecin-adjoint, la sage-femme, l'infirmière, les aides-soignantes, le laborantin, le comptable, le gérant du dépôt pharmaceutique, le manœuvre et le gardien.

Au niveau des utilisateurs : tout utilisateur du centre (de l'aire de santé ou non) durant la période d'étude (01 au 30 Juin 2013).

4.6 Critères d'inclusion et de non inclusion

4.6.1 Critères d'inclusion :

- Toute personne étant membre de l'ASACO.
- Toute personne appartenant au personnel du CSCOM.
- Tout utilisateur du CSCOM quel que soit le sexe ou l'âge.

4.6.2 Critères de non inclusion

- Toute personne éligible pour l'étude mais ayant refusée d'y participer.
- Toute personne éligible pour l'étude mais absente.

4.7 Echantillonnage

❖ Choix de la commune :

Nous avons procédé à un choix aléatoire simple par tirage au sort sans remise d'une commune à partir de la liste exhaustive des 6 communes que compte le district de Bamako. La commune 1 a été tirée.

❖ Choix du CSCOM :

Nous avons également pour le choix du CSCOM effectué un tirage aléatoire simple sans remise en nous basant sur la liste exhaustive de tous les CSCOM de la commune 1 du district de Bamako comme base de sondage : ASACOBOUL I a été tiré.

Ainsi, au niveau du CSCOM le choix est raisonné pour le médecin-directeur, le médecin-adjoint, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignantes, les laborantins, le gérant du dépôt, le comptable, le manœuvre et le gardien.

❖ Choix au niveau de l'ASACO

Nous avons procédé aux choix raisonnés pour le président du conseil d'administration, le président du conseil de gestion et le trésorier du conseil de gestion.

❖ Choix au niveau des utilisateurs

Nous avons recruté de façon exhaustive toute personne fréquentant le centre de 8h à 12h durant la période d'étude (01 au 30Juin 2013).

Taille de l'échantillon

- ASACO: Nous avons procédé aux choix raisonné pour le président du conseil d'administration, le président du conseil de gestion et le trésorier du conseil de gestion, soit un effectif de **03** membres.
- CSCOM : le choix était raisonné pour le médecin-directeur, le médecin-adjoint, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignantes, les laborantins, le gérant du dépôt, le comptable, le manœuvre et le gardien, soit un effectif de **20** personnels.
- Au niveau des utilisateurs : de façon exhaustive toute personne fréquentant le centre de 8h à 12h, soit **400** utilisateurs durant notre période d'étude (01 au 30Juin 2013).

4.8 Technique et outils de collecte des données

- **Technique** : les informations ont été collectées au cours d'entretien en mode face à face dans le CSCOM.
- **Outils** : nous avons utilisé 3 questionnaires différents respectivement un pour les membres de l'ASACO, un pour les agents du CSCOM, un pour les utilisateurs du CSCOM.
- Chaque fin de journée les fiches remplies ont été vérifiées et corrigées au besoin afin de rendre exhaustif les fiches.

4.9 Traitement et analyses des données

Les fiches ont été dépouillées manuellement. La saisie ainsi que l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS. Les différents tableaux ont été réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel 2010. Le texte a été saisi sur Microsoft Word version 2010.

4.10 Considération éthiques

Avant de commencer l'enquête, nous avons pris contact avec le CSRef de Korofina afin de leur expliquer les objectifs visés par notre étude, pour obtenir leur approbation. Pendant l'enquête, nous avons pris la peine d'expliquer à tous ceux qui voulaient répondre à nos questions : à l'aide d'une fiche de consentement, ce sur quoi portait l'étude, son but et ce qu'on attendait d'eux. Après l'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.

4.11 Limites

Notre enquête s'était déroulé dans le CSCOM et prenant compte seulement des utilisateurs. Cela pourrait constituer un biais à propos de certains de nos résultats. Le bassin de desserte de la commune 1 a été partagé équitablement entre les deux centres de santé (ASACOBOUL 1 et ASACOBOUL 2), ce qui n'était pas forcément vrai. Il pourrait avoir un impact du point de vue couverture de la population de l'aire de santé.

5. RESULTATS

5.1 Rôle administrative de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM

➤ Du point de vue des organes de l'ASACO

A l'ASACOBOUL 1, les quatre organes ont été mis en place :

- ✓ L'assemblée générale,
- ✓ Le comité d'administration : avec onze membres à sa tête un président élu par l'AG. Il n'a pas convoqué d'AG depuis la prise de leur fonction c'est-à-dire 3ans. Les réunions du CA se tiennent de façon trimestrielle avec un effectif fonctionnel de dix membres.
- ✓ Le comité de gestion (CG) compte cinq membres qui se réunissent mensuellement. Le CG rend compte au CA trimestriellement.
- ✓ Le comité de surveillance existe et s'est occupé du contrôle du comité de gestion.

➤ Du point de vue des gestionnaires de l'ASACOBOUL 1

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

- ✓ Pour le président du CG : préparer et élaborer le budget et les activités, signer les bulletins de paie, organiser les réunions du CG et jouer le rôle de médiateur en cas de conflits du personnel.
- ✓ Le trésorier : 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 directeur.

- ✓ Pour le gérant du dépôt de médicament : faire la sélection, l'inventaire et l'achat des médicaments.

➤ ***Du point de vue de la Convention d'assistance mutuelle (CAM)***

La CAM a été signée avec la mairie de la commune I et 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.
- La contribution au recrutement du personnel des CSCOM.

➤ ***Du point de vue de la gestion du système d'information sanitaire***

A l'ASACOBOUL 1, le médecin directeur assurait la gestion du SIS. Tous les rapports qui étaient dirigés vers le CSref de Korofina, étaient transmis ensuite à la mairie de la commune I et à la FELASCOM.

- ✓ Selon la périodicité de transmission des données, il y avait quatre types de rapports :
 - 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 la tranches d'âge...
 - 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.

La caisse de référence-évacuation était régulièrement alimentée. Le CSCOM payait 91000Fcfa par an.

Tableau I : Disponibilité du statut et règlement intérieur de l'ASACO et conformité des organes de gestion en 2013.

| Statut | Règlement Intérieur | | | | |
|-----------------------|---------------------|----------|------------|------------|---------|
| | AG | CA | CG | CS | |
| ASACOBOUL1 disponible | Disponible | présente | 2 réunions | 6 réunions | présent |

Les statuts, règlements intérieurs et les organes de gestions étaient tous disponibles.

Tableau II : Catégorie de salarié de l'ASACOBOUL 1 en 2013.

| Personnel | Catégorie de salarié | | | total |
|-------------------|----------------------|------------|-------|--------|
| | Etat | Fonds PPTE | ASACO | |
| Médecin | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Sage-femme | 3 | - | - | 3 |
| Infirmière | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Aide-soignante | - | - | 5 | 5 |
| Laborantin | - | - | 2 | 2 |
| Gérant | - | - | 1 | 1 |
| Comptable | - | - | 1 | 1 |
| Gardien | - | - | 1 | 1 |
| Manœuvre effectif | 5 | 2 | 13 | 20 |
| % | 25,0% | 10,0% | 65,0% | 100,0% |

Les salariés de l'ASACOBOUL 1 étaient plus nombreux soit 65,0%, suivi des fonctionnaires de l'Etat avec 25,0% et enfin le fond PPTE avec 10,0%.

Tableau III : Répartition des suggestions faites par les membres de l'ASACO en 2013.

| Suggestions | effectif |
|--|-----------------|
| Respect et application des statuts et règlement intérieur du CSCOM | 1 |
| Formation dans la gestion des ASACO | 1 |
| Autres | 1 |
| Total | 3 |

Les principales suggestions des trois membres étaient : le respect et l'application des statuts et règlement intérieur du CSCOM et des formations dans la gestion des ASACO.

5.2 Organisation des services techniques de l'ASACOBOUL 1

Au niveau du CSCOM il existe:

- Un bureau d'accueil et d'information pour les patients,
- Des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestation,
- Des cartes d'adhésion à 500Fcfa.
- Des tickets différents pour les adhérents et les non-adhérents.

Les réunions du personnel de santé de l'ASACOBOUL 1 étaient faits mensuellement avec comme médiateur le médecin-directeur. Outre, des réunions extraordinaires se tenaient en cas de besoin. Egalement le centre recevait mensuellement des missions d'évaluation du CSref, de la Direction Nationale de la Santé et de la Direction Régionale de la Santé.

Tableau IV : Système de tarification des activités de l'ASACOBOUL 1 en 2013.

| Activités du CSCOM | ASACOBOUL 1 | |
|-------------------------------|----------------------|----------------|
| | Adhérent | 300Fcfa |
| | Non- adhérent | 600Fcfa |
| Consultation médicales | | |
| Accouchement | | 1000Fcfa |
| Pansement | | 1000Fcfa/15jrs |
| Injection | | 200Fcfa |
| Perfusion | | 500Fcfa |
| Suture | | 1000Fcfa |
| CPN | | 250Fcfa |
| PEV | | 100Fcfa |

Le tarif était de 300 Fcfa pour les adhérents et de 600 Fcfa pour les non-adhérents pour la consultation médicale. Par contre il n'y a pas de différence de prix d'adhésion concernant les autres prestations.

5.3 Performances techniques de l'ASACOBOUL 1

Calcul des indicateurs de performances du tableau V.

Calcul de certains indicateurs financiers de productivité.

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

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

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

2) Taux de recouvrement des médicaments

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

3) Taux de recouvrement de la tarification

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

4) Taux d'équilibre de la gestion du dépôt

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

5) Taux d'équilibre des prestations

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

6) Ratio de productivité

– Productivité financière du personnel soignant

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

– Productivité financière du médecin

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

– Productivité financière de la sage-femme

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

– Productivité technique du personnel soignant

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

– Productivité technique du médecin

$$= \frac{\text{ *salaire médecin* }}{\text{ *nombre de consultation du médecin* }}$$

– Productivité technique de la sage-femme

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

7) Adéquation des ressources humaines

– $\frac{\text{ *nombre de personnel* }}{\text{ *population ASACO* }}$

– $\frac{\text{ *nombre de médecin* }}{\text{ *population ASACO* }}$

– $\frac{\text{ *nombre de sage-femme* }}{\text{ *population ASACO* }}$

– $\frac{\text{ *nombre d'infirmier* }}{\text{ *population ASACO* }}$

– $\frac{\text{ *nombre moyen de consultation/mois* }}{\text{ *nombre de consultants* }}$

– $\frac{\text{ *nombre moyen d'accouchement/mois* }}{\text{ *nombre de sage-femme ou matrones* }}$

– $\frac{\text{ *nombre de consultations curatives* }}{\text{ *nombre de personnel soignants* }}$

Tableau V : Evolution des indicateurs de performances durant les trois dernières années.

| Indicateurs | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|------------|------------|------------|
| A DE RESSOURCES FINANCIERES | | | |
| 1 Taux de bénéfice brut en médicaments | 0,3074 | 0,3132 | 0,269 |
| Bénéfice brut | 5 888 505 | 7 785 790 | 6 920 686 |
| Vente | 19 153 185 | 24 852 680 | 25 720 825 |
| Achat | 13 264 680 | 17 066 890 | 18 800 139 |
| 2 Taux de recouvrement des médicaments | 1,1107 | 1,1201 | 1,0524 |
| Vente | 19 153 185 | 24 852 680 | 25 720 825 |
| Achat x Coefficient (1,30) | 17 244 084 | 22 186 957 | 24 440 181 |
| 3 Taux d'équilibre des prestations | 0,64 | 0,68 | 0,85 |
| Recettes des prestations | 8 627 950 | 10 841 110 | 12 352 850 |
| Dépenses des prestations | 13 384 699 | 15 774 990 | 14 399 190 |
| 4 Taux d'équilibre de la pharmacie | 1,36 | 1,35 | 1,29 |
| Recettes de la pharmacie | 19 153 185 | 24 852 680 | 25 720 825 |
| Dépenses de la pharmacie | 14 079 315 | 18 307 315 | 19 865 314 |
| B DE PRODUCTIVITE | | | |
| 1 Productivité financière du personnel soignant | 0,89 | 1,14 | 1,25 |
| Chiffre d'affaire tarification | 4 010 600 | 5 130 650 | 5 639 950 |
| Total charges du personnel soignant | 4 511 310 | 4 511 310 | 4 511 310 |
| 2 Productivité financière du médecin | 0,74 | 0,95 | 1,04 |
| Chiffre d'affaires tarification | 4 010 600 | 5 130 650 | 5 639 950 |
| Salaire du médecin | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 |
| 3 Productivité financière de la sage-femme | 1,86 | 2,81 | 3,08 |
| Chiffre d'affaire de la maternité | 3 015 750 | 4 545 205 | 4 987 525 |
| Salaire de la sage-femme | 1 620 000 | 1 620 000 | 1 620 000 |
| 4 Productivité technique du médecin | 460,48 | 551,08 | 514,92 |
| Salaire médecin | 5 400 000 | 5 400 000 | 5 400 000 |
| Nombres de consultations du médecin | 11 727 | 9 799 | 10 487 |
| 5 Productivité technique de la sage-femme | 1152,20 | 1480,80 | 1057,44 |
| Salaire de la sage-femme | 1 620 000 | 1 620 000 | 1 620 000 |
| Nombres d'actes de la sage-femme | 1406 | 1094 | 1532 |

| Indicateur (suite) | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------------|------|------|------|
| C DE RESSOURCES HUMAINES | | | |
| Nombre total du personnel | 19 | 19 | 20 |
| 1 Nombre habitant / personnel | 1333 | 1381 | 1374 |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| Nombre de médecins | 3 | 3 | 3 |
| 2 Nombre habitant / médecin | 8444 | 8747 | 9159 |
| Nombre de sages-femmes | 3 | 3 | 3 |
| 3 Nombre d'habitant/ sage-femme | 8444 | 8747 | 9159 |
| Nombre d'infirmier | 3 | 3 | 3 |
| 4 Nombre d'habitant / infirmier | 8444 | 8747 | 9159 |
| Nombre moyen de consultations/mois | 977 | 817 | 873 |
| Nombres de consultants | 3 | 3 | 3 |
| 5 Ratio moyen des consultations | 326 | 272 | 291 |
| Nombre moyen d'accouchements/mois | 117 | 140 | 128 |
| Nombre de sages-femmes | 3 | 3 | 3 |
| 6 Ratio moyen des accouchements | 39 | 47 | 43 |
| Nombre de consultations curatives/ annuelle | 13133 | 10893 | 12012 |
| Nombre de personnel soignant | 14 | 14 | 14 |
| 7 Ratio de consultations curatives | 938 | 778 | 858 |

Tableau VI : Evolution des activités menées par rapport aux objectifs fixés à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

| | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|--|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| | Obj /an | % /Obj | Obj /an | % /Obj | Obj /an | % /Obj |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| Consultations médicales | 10748 | 109,1% | 13121 | 74,7% | 10875 | 96,4% |
| CPN | 597 | 134,7% | 892 | 29,30% | 612 | 148,7% |
| Accouchement | 716 | 84,1% | 787 | 105,8% | 816 | 76,2% |
| CPON | 597 | 73,4% | 590 | 60,2% | 476 | 64,5% |
| PF | 158 | 131,0% | 231 | 53,7% | 239 | 116,7% |
| CPES | 382 | 87,4% | 346 | 101,7% | 381 | 103,7% |
| BCG | 621 | 99,7% | 735 | 88,0% | 815 | 87,7% |
| DTCP 1 | 764 | 99,9% | 892 | 76,3% | 761 | 98,6% |
| DTCP 3 | 716 | 99,3% | 840 | 93,7% | 870 | 90,7% |
| VAR | 573 | 100,3% | 787 | 82,1% | 815 | 99,3% |
| VAA | 573 | 100,3% | 787 | 82,1% | 815 | 99,3% |
| VITA 6-11 mois | 681 | 87,7% | 772 | 121,0% | 816 | 116,4% |
| VITA 12-59 mois | 215 | 0,0% | 236 | 0,0% | 245 | 0,0% |
| VAT 1 FE | 358 | 71,8% | 459 | 60,1% | 476 | 62,6% |
| VAT 2 FE | 358 | 152,5% | 459 | 134,4% | 816 | 84,2% |
| VAT 1 FNE | 263 | 3,0% | 223 | 4,9% | 139 | 10,8% |
| VAT 2 FNE | 263 | 3,0% | 223 | 13,0% | 139 | 25,2% |

Les objectifs fixés en consultations médicales ont été largement au-dessus avec 109,1% en 2010, contrairement en 2011 et en 2012 avec un taux respectif de 74,7% et 96,4%. Au niveau de la maternité, on notait une prédominance considérable des CPN avec 143,7% en 2010, qui baissa à 29,3% en 2011 et rehaussa à 148,7% en 2012. Concernant la VAT 2 FNE, on notait en 2010, 2011, 2012, respectivement une fréquence de 152,5% ; 134,4% et 84,2%.

Tableau VII: Evolution des analyses réalisées à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

| Analyse | Type | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------|--------------------|------|------|------|
| Hématologie | Glycémie | 250 | 194 | 380 |
| | Groupe rhésus | 150 | 117 | 45 |
| | taux d'Hémoglobine | 95 | 103 | 93 |
| | test d'Emmel | 200 | 96 | 315 |
| Parasitologie | Toxoplasme | 50 | 39 | 9 |
| | goutte Epaisse | 450 | 341 | 315 |
| Sérologie | Widal | 350 | 389 | 365 |
| | BW | 160 | 147 | 79 |
| | VIH | 0 | 0 | 0 |
| Autres | albumine sucré | 111 | 121 | 78 |
| | Créatine | 8 | 4 | 6 |
| Total | | 1824 | 1551 | 1416 |

Les analyses ont baissé progressivement de 1824 en 2010 à 1551 en 2011 puis enfin à 1416 en 2012.

| |
|----------|
| Effectif |
|----------|

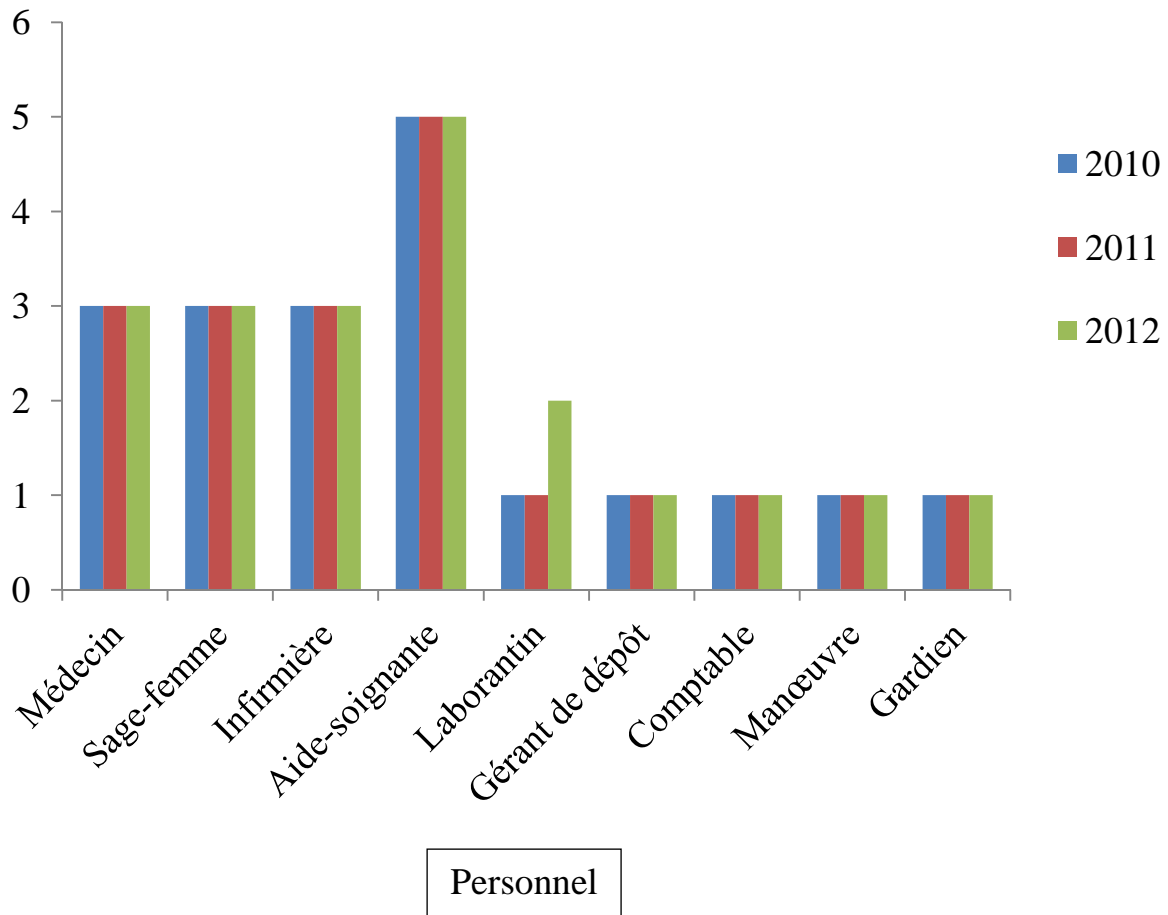


Figure 2: Evolution du nombre de personnel à l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

Le personnel était resté constant à 19 de 2010 à 2011 puis est passé à 20 en 2012.

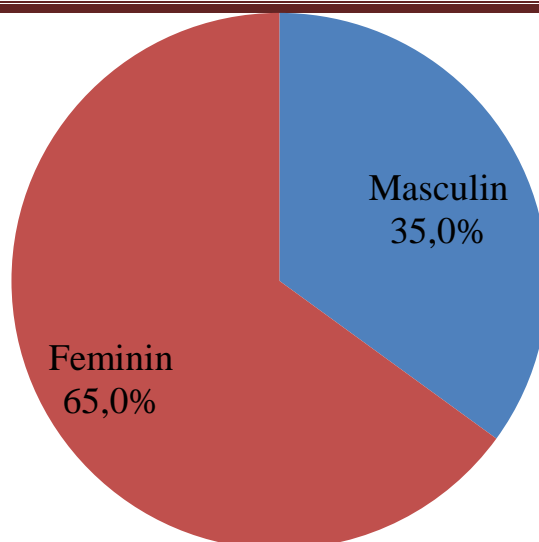


Figure 3: Répartition du personnel de l'ASACOBOUL 1 selon le sexe en 2013.

Le sexe féminin représentait 65,0% du personnel contre 35,0% pour le sexe masculin.

Tableau VIII: Répartition du personnel de l'ASACOBOUL 1 selon le nombre d'années de service en 2013.

| Nombres d'année | Effectif | % |
|-----------------|----------|--------|
| 1-4ans | 11 | 55,0% |
| 5-8ans | 3 | 15,0% |
| 9-16ans | 6 | 30,0% |
| Total | 20 | 100,0% |

On constate que 55,0% du personnel du centre ont entre 1 et 4 ans de service. Les plus anciens avec 5 à 8 ans de service représentaient 30,0%.

Tableau IX: Répartition des suggestions faites par personnel de l'ASACOBOUL1 en 2013.

| Suggestions | effectif | % |
|--|-----------------|---------------|
| Amélioration des services de prestations | 6 | 30,0% |
| Renforcement des infrastructures | 8 | 40,0% |
| Formation du personnel | 4 | 20,0% |
| Autres | 2 | 10,0% |
| Total | 20 | 100,0% |

Sur un effectif de 20 personnels 40,0% ont suggéré un renforcement des infrastructures, 30,0% une amélioration des services de prestation et 20,0% une formation du personnel.

5.4 Evolution des recettes et des dépenses de l'ASACOBOUL1 de 2010 à 2012.

Tableau X : Evolution des recettes de la pharmacie au cours des trois dernières années.

| Recettes | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Vente des médicaments | 19 153 185 | 24 852 680 | 25 720 825 |
| Subventions | 0 | 0 | 0 |
| Total | 19 153 185 | 24 852 680 | 25 720 825 |

La vente des médicaments a augmenté durant les trois dernières années. Pas de subventions.

Tableau XI : Evolution des recettes de la tarification au cours des trois dernières années.

| Recettes | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Ventes de tickets | 4 010 600 | 5 130 650 | 5 639 950 |
| Subventions | 0 | 0 | 0 |
| Autres recettes | 4 617 350 | 5 710 460 | 6 712 900 |
| Total | 8 627 950 | 10 841 110 | 12 352 850 |

Les autres recettes ont constitué la majorité des recettes totales et ont augmenté au cours des trois dernières années. Pas de subventions.

Tableau XII : Evolution des recettes de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

| Résultat | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|-----------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | Recettes | % | Recettes | % | Recettes | % |
| Pharmacie | 19 153 185 | 68,9% | 24 852 680 | 69,6% | 25 720 825 | 67,6% |
| Tarifification | 8 627 950 | 31,1% | 10 841 110 | 30,4% | 12 352 850 | 32,4% |
| Total | 27 781 135 | 100,0% | 35 693 790 | 100,0% | 38 073 674 | 100,0% |

Les recettes effectuées ont évolué de manière croissante allant de 27 781 135 Fcfa à 38 073 674 Fcfa de 2010 à 2012 où les principales recettes sont celles de la pharmacie.

Tableau XIII : Evolution des dépenses de la pharmacie au cours des trois dernières années.

| Dépenses | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Achats médicament | 12 868 405 | 16 501 855 | 18 524 069 |
| Variation de stock | 396 275 | 565 035 | 276 070 |
| frais sur achat médicaments | 274 900 | 608 025 | 432 775 |
| Achat fourniture bureau | 0 | 0 | 0 |
| Achat support gestion | 0 | 0 | 0 |
| Salaire gérant | 540 000 | 540 000 | 540 000 |
| Charges sociales du gérant | 0 | 92400 | 92 400 |
| dotation aux amortissements | 0 | 0 | 0 |
| Total | 14 079 580 | 18 307 315 | 19 865 314 |

L'achat des médicaments a augmenté au cours des trois dernières années.

Tableau XIV : Evolution des dépenses de la tarification au cours des trois dernières années.

| Dépenses | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Achats consommable médical | 549 800 | 1 609 100 | 729 700 |
| Achats support de gestion | 1 095 000 | 1 048 050 | 940 500 |
| Achats fourniture bureau | 571 300 | 552 500 | 217 750 |
| Entretien et réparation | 1 822 800 | 1 077 700 | 790 750 |
| Fourniture d'entretien | 399 000 | 405 300 | 210 650 |
| salaire du personnel | 5 796 960 | 5 796 960 | 5 796 960 |
| Autres dépenses | 3 149 839 | 5 285 380 | 5 712 880 |
| Total | 13 384 699 | 15 774 990 | 14 399 190 |

L'achat consommable médical a augmenté de 549 800 Fcfa en 2010 à 1 609 100 Fcfa en 2011, puis a baissé à 729 700 Fcfa en 2012.

Tableau XV: Evolution des dépenses de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

| Résultat | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|----------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | Dépenses | % | Dépenses | % | Dépenses | % |
| Pharmacie | 14 079 580 | 51,3% | 18 307 315 | 53,7% | 19 865 314 | 58,0% |
| Tarifification | 13 384 699 | 48,7% | 15 774 990 | 46,3% | 14 399 190 | 42,0% |
| Total | 27 464 279 | 100,0% | 34 082 305 | 100,0% | 34 264 504 | 100,0% |

Les dépenses effectuées ont évolué de manière croissante allant de 27 464 279 Fcfa à 34 264 504 Fcfa de 2010 à 2012 où les principales charges sont celles de la pharmacie.

Tableau XVI: Récapitulatif des résultats des dépenses et des recettes de l'ASACOBOUL 1 au cours des trois dernières années.

| Résultat | Années | Recettes | Dépenses | Solde |
|----------------|--------|------------|------------|---------------|
| Pharmacie | 2010 | 19 153 185 | 14 079 580 | (+) 5 073 605 |
| | 2011 | 24 852 680 | 18 307 315 | (+) 6 545 365 |
| | 2012 | 25 720 825 | 19 865 314 | (+) 5 855 511 |
| Tarifification | 2010 | 8 627 950 | 13 384 699 | (-) 4 756 749 |
| | 2011 | 10 841 110 | 15 774 990 | (-) 4 933 880 |
| | 2012 | 12 352 850 | 14 399 190 | (-) 2 046 340 |

Un solde déficitaire a été observé pour la tarifification au cours des trois dernières années.

| |
|-------------------|
| Total des comptes |
|-------------------|

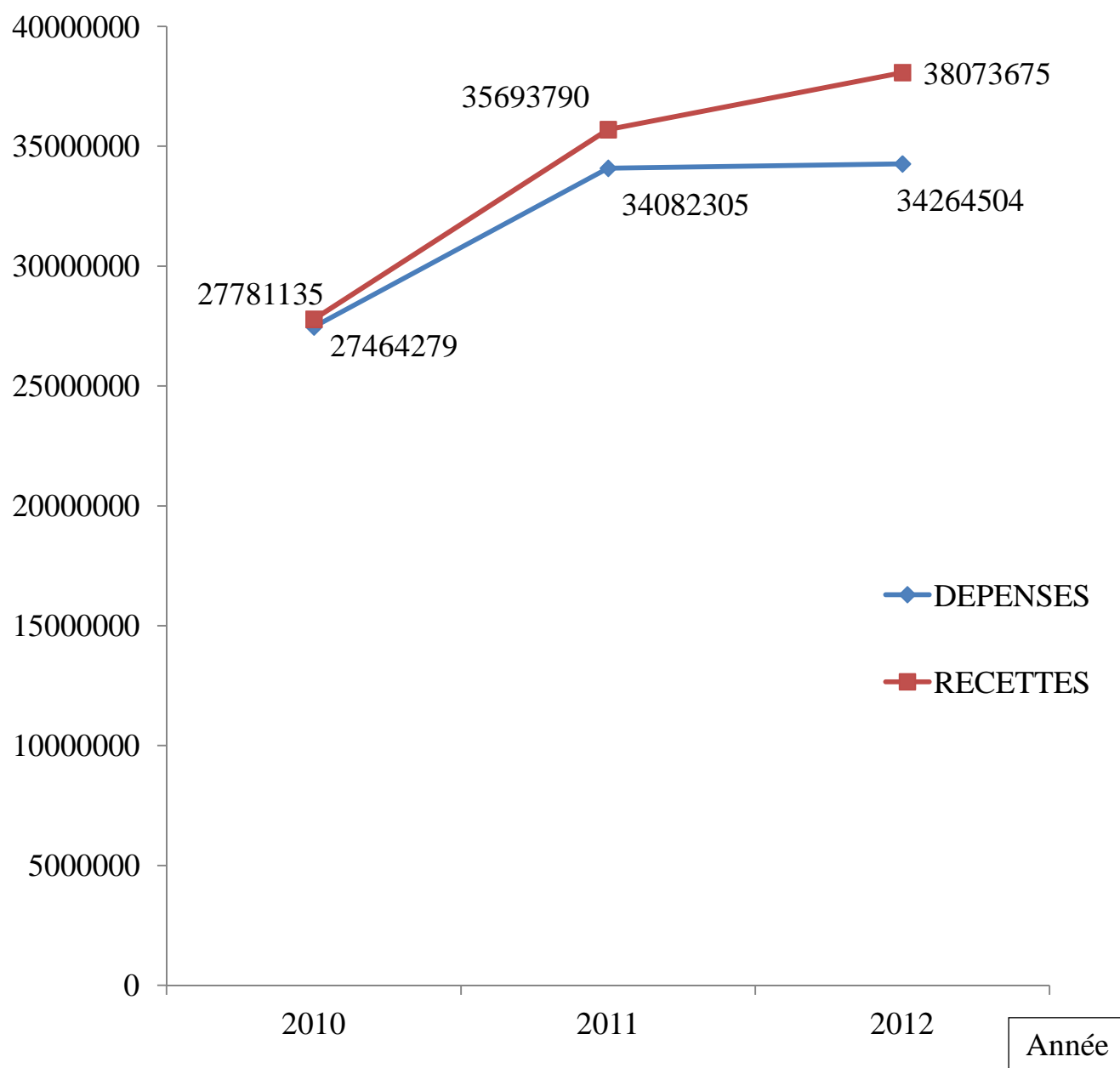


Figure 4 : Evolution des recettes par rapport aux dépenses de l'ASACOBOUL 1 en 2013.

Les recettes totales de l'ASACOBOUL 1 ont pu couvrir les dépenses totales au cours des trois dernières années avec une marge qui croit de 2010 à 2012. On retient alors un solde bénéficiaire au cours des trois dernières années.

5.5 Détermination du niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOBOUL 1

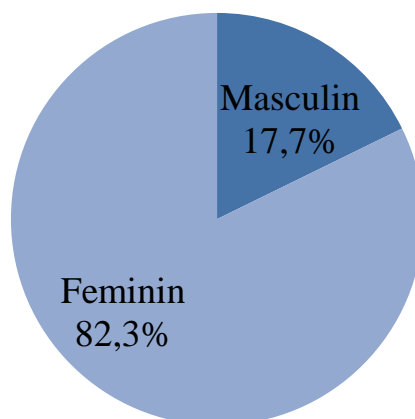


Figure 5: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon le sexe en 2013.

Sur les 400 usagers le sexe féminin prédominait avec 329 cas soit un effectif de 82,3%.

Tableau XVII: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur avis sur l'accueil et l'orientation en 2013.

| Avis | effectif | % |
|---------|----------|--------|
| Bon | 227 | 56,7% |
| Moyen | 172 | 43,1% |
| Mauvais | 1 | 0,2% |
| Total | 400 | 100,0% |

Sur les 400 usagers 56,7% trouvaient que l'accueil et l'orientation dans le centre était bon contre seulement 0,2% qui le trouvait mauvais.

Tableau XVIII: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur avis sur le coût des services de prestations en 2013.

| Coût | effectif | % |
|------|----------|---|
|------|----------|---|

| | | |
|-----------|-----|--------|
| Abordable | 361 | 90,0% |
| Elevé | 39 | 10,0% |
| Total | 400 | 100,0% |

La majorité des usagers soit 90% trouvaient que le coût des services de prestations était abordable.

Tableau XIX: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon la nature de la consultation en 2013.

| Nature | effectif | % |
|-----------------------|----------|--------|
| consultation médicale | 98 | 24,5% |
| CPN | 49 | 12,3% |
| Accouchement | 42 | 10,5% |
| PEV | 173 | 43,2% |
| CPON | 14 | 3,5% |
| Autres | 24 | 6,0% |
| Total | 400 | 100,0% |

On constate que le PEV est le plus utilisé avec 43,2%, suivi secondairement de la consultation médicale avec 24,5%. la CPON est le moins utilisé avec seulement 3,5%.

Tableau XX: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon leur niveau de satisfaction des prestations de service en 2013.

| Satisfaction | effectif | % |
|----------------|----------|-------|
| Très satisfait | 394 | 98,0% |

| | | |
|---------------|-----|--------|
| Non satisfait | 6 | 2,0% |
| Total | 400 | 100,0% |

On retient que 98,0% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services de l'ASACOBOUL 1 contre seulement 2,0% qui ne l'était pas.

Tableau XXI: Répartition des usagers de l'ASACOBOUL1 selon qu'ils soient prêt à retourner à l'ASACOBOUL1 en 2013.

| Retour | effectif | % |
|---------------|-----------------|----------|
| Oui | 369 | 92,3% |
| Non | 31 | 7,7% |
| Total | 400 | 100,0% |

Sur les 400 usagers 92,3% étaient prêt à retourner pour d'autres prestations à l'ASACOBOUL1.

Tableau XXII: Répartition des suggestions faites par les usagers de l'ASACOBOUL1 en 2013.

| Suggestion | effectif | % |
|-----------------------------------|-----------------|----------|
| Renforcement du service d'accueil | 115 | 28,8% |

| | | |
|------------------------------------|-----|--------|
| Renforcement en personnel qualifié | 92 | 23,0% |
| Renforcement des infrastructures | 157 | 39,2% |
| Autres | 36 | 9,0% |
| Total | 400 | 100,0% |

Sur les 400 usagers 39,2% ont suggéré un renforcement en infrastructures pour une meilleure viabilité.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1 Rôles de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM

❖ Organes de l'ASACO

Aucune assemblée générale n'a été tenue depuis la prise de fonction des membres du comité d'administration, ceci était dû à l'indisponibilité de la plupart et ces derniers qui exerçaient d'autres métiers parallèlement.

❖ **Recrutement du personnel de l'ASCOBOUL 1**

Les catégories de salariés de l'ASACOBOUL 1 étaient de 65,0% de l'effectif total. L'étude menée par SAMANA DC [14] dans le même centre en 2010 avait obtenu un taux de contractuel de 78,6%.

Ceci se justifierait par le fait que SAMANA DC [14] n'avait pas tenu compte de la totalité de l'effectif du personnel soignant, parmi lequel la majorité n'était pas classé dans les salariés de l'ASACOBOUL 1.

6.2 Organisation des services techniques

L'accueil est déterminant ; le personnel doit recevoir dans la bonne humeur et le respect. Il est jugé bon dans 56,7% des cas. L'étude menée par SAMANA DC [14] dans le même centre en 2010 avait obtenu un taux de 46,4%.

Ceci se justifierait par l'amélioration de l'effort fourni au niveau de l'accueil durant ces trois dernières années.

6.3 Les prestations

Les consultations sont essentiellement assurées par les trois médecins.

En ce qui concerne la maternité, trois sages-femmes sont chargées d'assurer la consultation prénatale, les accouchements et la planification familiale. Elles sont aidées dans cette charge par les aides-soignantes et parfois les infirmières qui sont en même temps chargées de l'exécution des soins infirmiers. Le laboratoire d'analyse médicale est assuré par deux laborantins.

Du point de vue indicateur de performance : le tableau V nous a donné les indicateurs pour les trois dernières années. L'intérêt de l'analyse financière est d'apprécier les performances du CSCOM en termes d'activité, de productivité et

de rendement mais aussi son équilibre financier. Le taux d'équilibre des prestations est de 0,64 en 2010 et a augmenté à 0,85 en 2012. Ces taux sont largement en-dessous de celui obtenu par TRAORE MB [6] à l'ASACOBABA en 2008 avec un ratio de 1,33. La pharmacie peut par contre prendre en charge les frais liés à son propre fonctionnement avec comme moyenne de ratio 2. Quant aux ratios : médecin/habitant, il était de 1/8444 en 2010, 1/8747 en 2011, 1/9159 en 2012 et tous étaient inférieurs aux normes de l'OMS (1/10000habitants).

Concernant les activités au cours de ses trois dernières années, le taux de consultation médicale le plus élevée a été observé en 2010 avec 109,1%, contrairement aux effectifs de 2011 et 2012 qui trouvaient respectivement 74,7% et 96,4%. Ce taux élevé ne renseigne pas sur la couverture de la population. Puisque le bassin de desserte n'est non seulement pas couvert par l'ASACOBOUL 1 mais tient compte des différentes structures de santé qui s'y trouvent.

Au niveau de la maternité le taux de CPN a été largement atteint avec 134,7% en 2010 et 148,7% en 2012. Ces taux élevés s'expliqueraient non seulement par le coût moyen mais aussi par la bonne prestation de leur service.

Au niveau de la couverture vaccinale, le taux de vaccination en VAT2 FE a été observé avec 152,5% en 2010 et 134,4% en 2011 contre couverture au niveau de la commune 1 de 103% en 2011 selon le SLIS. [3] Ceci se justifierait par le fait que tant bien que le SLIS prenait en compte toute la commune 1 avec un effectif total de 103,0%, nos résultats obtenus avec un taux élevé de 134,4% tenaient compte uniquement de l'ASACOBOUL 1.

Au niveau du personnel de l'ASACOBOUL 1 les femmes étaient les plus nombreuses, les CPN étant les prestations secondairement les plus fréquentes après celles médicales, sont effectuées essentiellement par des femmes.

6.4 Evolution des dépenses et des recettes

L'ASACOBOUL 1 a pu couvrir ses dépenses totales au cours des trois dernières années. Néanmoins un solde déficitaire a été observé au cours des trois dernières années au niveau de la tarification. Ceci s'expliquait par une augmentation des dépenses, spécifiquement le qualificatif « autres dépenses » qui devrait être insignifiant. Aucun budget prévisionnel n'avait été élaboré, ni de plan d'amortissement. Enfin la convention d'assistance mutuelle n'est pas respectée, ce qui fait que la mairie n'alloue aucun budget pour l'ASACO pour la gestion de leur CSCOM. Le centre ne reçoit pas de subventions financières de la part des partenaires.

6.5 Opinion des usagers

Notre enquête auprès des usagers avec un effectif de 400, retrouvait qu'ils étaient en majorité féminin avec 82,3%. Par rapport à la nature de la consultation, le PEV était le plus utilisé avec 43,2%, ceci dû non seulement à son faible coût mais aussi à une bonne sensibilisation de la population. Par rapport au coût des prestations, une majorité des usagers soit 90,0% pense qu'il est abordable et seulement 10,0% trouve qu'il est élevé. En ce qui concerne la satisfaction des prestations, 98,0% des usagers ont déclaré qu'ils étaient très satisfaits contre 2,0% qui ont déclaré ne pas être satisfait. L'étude de SAMANA DC. [14] dans le même centre en 2010 a trouvé un taux de satisfaction de 91,6%. L'étude COULIBALY L. [16] réalisé à Bamako en 2005 a trouvé un taux de satisfaction de 90,0%. Près de 92,2% des usagers étaient tous prêts à retourner pour d'autres prestations.

7. CONCLUSION

Du 01 Juin au 30 Juin 2013 nous avons effectué une étude transversale et prospective portant sur la viabilité de l'ASACOBOUL 1. Cette étude nous a permis de connaître l'évolution des indicateurs de performances, des différents services de prestations, du personnel, des dépenses et des recettes de

l'ASACOBOUL1 au cours des trois dernières années. Au terme de cette étude il en ressort que le CSCOM souffre encore de certaines insuffisances à savoir :

- ❖ Le non-respect de la convention d'assistance mutuelle signé,
- ❖ Le non-établissement d'un budget prévisionnel de l'année,
- ❖ Le manque d'assemblée générale,
- ❖ Le manque de panneaux d'affichage et d'orientation,
- ❖ Le manque de transparence dans les dépenses de l'année (autres dépenses),
- ❖ Le manque de subvention.

Malgré ces insuffisances, la majorité des usagers était très satisfaite des prestations et la quasi-totalité était prête à retourner pour d'autres prestations.

8. RECOMMANDATIONS

En vue d'améliorer la qualité des prestations du centre, il nous paraît opportun de formuler les recommandations suivantes :

1- A la mairie

- Celui de la cellule d'appui à la décentralisation.

- Le respect de la convention d'assistance mutuelle.

2- Aux membres du CA

- Respecter la convention d'assistance signée avec la mairie afin de l'inclure dans la gestion du CSCOM.
- D'organiser les assemblés généraux afin d'impliquer plus davantage la population dans la gestion du CSCOM.
- Etablir un budget prévisionnel de l'année afin de cadrer les dépenses.
- Installer des panneaux d'affichages indiquant : l'organigramme du centre, les tarifs des prestations, les conditions pour devenir adhérent et les avantages, les lieux de ventes de cartes de membres.
- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information à l'endroit de la population afin qu'elle comprenne et adhère beaucoup plus à cette idée de santé communautaire ;
- Renforcement des infrastructures.
- Organiser régulièrement des formations en renforcement de capacité à l'endroit du personnel.

3- Aux personnels du centre:

- Le respect des horaires de travail
- Soutenir l'ASACO dans la mobilisation sociale afin d'accroître le taux de fréquentation du centre lors des IECS par exemple.
- Instaurer un programme régulier de staffs et de réunions mensuelles du personnel technique pour l'amélioration de la qualité du centre.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AUDIBERT M, DE ROODENBEKE ES, ATHONNAT J.** Utilisation des services de santé en Afrique, « L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse », développement durable et santé dans les pays du sud ; Paris Lyon, Décembre 2004 ; p22.

- 2- **FENASCOM.** Plan stratégique 2010-2014, document photocopié publié en juin 2010 ; 66p.
- 3- **ANONYME.** Système National d'Information Sanitaire (SLIS), Utilisation des services de santé niveau 1 au Mali, DNS-MS Mars 2012, 154p.
- 4- **ADAM BB.** Utilisation des services de santé par la population en commune V du district de Bamako : cas du CSCOM de Baco-Djicroni, Thèse de doctorat en médecine (FMPOS), Bamako 2009 ; 109p.
- 5- **TRAORE AM.** Evaluation du centre de santé de Djélibougou (ASACODJE) de 2001 à 2004, Thèse de doctorat en médecine (FMPOS), Bamako 2006 ; 102p.
- 6- **TRAORE BM.** Etude de la performance d'un centre de santé communautaire urbain : le cas de l'ASACOBABA de 1989 à 2008, Thèse de doctorat en médecine (FMPOS), Bamako 2009 ; 89p.
- 7- **Population du monde.** Population de chaque pays. Mali. [en ligne]. Disponible sur le site www.world.gazetteer.com. (consulté le 01 novembre 2013).
- 8- **Ministère de l'Economie des Finances et du Budget.** Direction Générale du Budget. Le Budget- citoyen du Mali.2013 ; 16p.
- 9- **SAMAKE S, TRAORE SM, BAH S.** Enquête démographique et de santé du Mali., 2006, p41. Voir EDSM IV.

- 10- AG IKNANE A, CAMARA I.** Manuel de formation en gestion des centres de santé communautaires au mali. 2007 ; 80p.

- 11- DIARRA SM.** Evaluation du centre de santé communautaire de l'hippodrome « ASACOHI » de 1997 à 2006.thèse de doctorat en médecine. Bamako : faculté de FMPOS. 2008 ; 95p.

- 12- APHO LB.** Prévalence et facteurs associés aux données manquantes des registres de consultation médicales des médecins des centres de santé communautaires de Bamako. Québec : faculté de médecine de laval, 2012 ; 100p.

- 13- CROCEPS.** Système Locale d'Information Sanitaire CSref Commune 1. Bamako 2013 ; p4-6.

- 14- SANAMA DC.** Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako. Thèse de médecine (FMPOS). Bamako 2010 ; p96-108.

- 15- 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.

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

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MADEGNAN

Prénom : Mahouto Juste

Adresse : tel (71797908), e-mail (josky.madegnan@yahoo.fr)

TITRE DE THESE : VIABILITE DES STRUCTURES DE SANTE
COMMUNAUTAIRE EN 2013 : CAS DE L'ASACOBOUL 1.

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FAPH.

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale et prospective qui s'est déroulée du 01 au 30 juin 2013 à l'ASACOBOUL 1. Les objectifs que nous nous sommes fixés étaient : de décrire le rôle de l'ASACO dans la gestion de l'ASACOBOUL1, de décrire l'organisation des services techniques de l'ASACOBOUL1, de décrire les performances techniques de l'ASACOBOUL1, de déterminer l'évolution des recettes et des dépenses de l'ASACOBOUL1 de 2010 à 2012 et de déterminer le niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOBOUL1. Au terme de cette étude, nous avons obtenu comme résultats suivant : un solde déficitaire avait été observé au niveau de la tarification ; l'accueil est jugé bon dans 56,7% des cas. Sur les 400 usagers 63,0% ont déclaré qu'ils étaient très satisfaits des prestations du personnel et 92,3% étaient prêts à retourner pour d'autres prestations.

Mots-clés : ASACO, ASACOBOUL 1.

➤ **ANNEXE 2 : Population de la commune 1.**

| AIRES DE SANTE | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| ASACOBA | 72 558 | 75 170 | 78 704 | 81 065 |
| ASACOMSI | 33 774 | 34 990 | 36 635 | 37 734 |

| | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|
| ASACODJE | 38 774 | 40 170 | 42 058 | 43 320 |
| ASACOBOUL I | 25 331 | 26 242 | 27 476 | 28 301 |
| ASACOBOUL II | 25 331 | 26 242 | 27 476 | 28 301 |
| ASACOKOSA | 20 707 | 21 453 | 22 462 | 23 135 |
| ASACODOU | 31 747 | 32 890 | 34 437 | 35 470 |
| ASACOFADJI | 25 289 | 26 200 | 27 431 | 28 255 |
| ASACODIAN | 26 337 | 27 285 | 28 568 | 29 425 |
| ASACKONORD | 25 307 | 26 218 | 27 451 | 28 275 |
| ASACOSISSOU | 16 887 | 17 495 | 18 318 | 18 867 |
| SOTUBA | 5 440 | 5636 | 5901 | 6078 |
| COMMUNE | 347 482 | 359 991 | 376 917 | 388 226 |

➤ **ANNEXE 3 : Questionnaire adressée aux membres du conseil
d'administration de l'ASACO**

I- Identification

Nom de la structure.....

Quartier.....

Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II- Fonctionnement du conseil d'administration

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

- a. Communauté /.../
- b. Elus /.../
- c. Autorités sanitaires /.../

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

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

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

Si oui, en quelle année ?.....

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

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

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

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

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

.....

.....

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

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

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

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

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

Si oui combien (Procès à voir) ?.....

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

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

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

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

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

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

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

Si non pourquoi ?.....

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

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

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

Si non pourquoi ?.....

(CAM à voir)

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

1-Cref /.../

2-Mairie /.../

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

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

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

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

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

Si oui quel est la périodicité ?.....

Si non pourquoi ?.....

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

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

Si non pourquoi ?.....

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

20. Quels sont les niveaux de qualification du personnel ?

-Médecin.....

-Infirmier.....

-Sage-femme/infirmière obstétricienne.....

-Matrones.....

21. Quelle est la nature de paiement du personnel ?

-Etat /.../

-Collectivités /.../

-Recouvrements ASACO /.../

-Autres à préciser.....

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

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

23. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de

l'association et son centre ?.....

.....

.....

ANNEXE 4 : Questionnaire adressée aux membres du conseil de gestion de l'ASACO

I- Identification

Nom de la structure.....

Quartier.....

Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II- Fonctionnement du conseil de gestion

1. Les membres du bureau de conseil de gestion ont-ils été élus par le conseil d'administration? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

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

2. Combien de membres compte le bureau ?.....

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

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

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

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

Si oui combien ?.....

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

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

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

5. Les comptes sont-ils vérifiés journalièrement ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui par qui ?.....

Si non pourquoi?.....

6. Qui ordonne le décaissement des fonds ?

-Président /.../

-Trésorier /.../

-Médecin /.../

-Autres à préciser.....

7. Les rapports de la situation comptable de l'année passée sont-ils disponibles ?

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

8. Les rapports de budget prévisionnel pour l'année en cours sont-ils disponibles ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui -quel est le budget prévu ?.....

-quel est le niveau d'exécution du budget prévu ?.....

9. L'association a-t-elle des fonds en dehors de ceux générés par le centre ?

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

Si oui d'où viennent-elles ?.....

10.Existe-il un micro-plan élaboré au niveau du CSCOM ?

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

11.Y-a-t-il un programme d'activités élaboré par l'association différent de celui du centre ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si non, pourquoi ?.....

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

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

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

.....

Et comment ?.....

14.Avez-vous des projets de formations et/ou de promotion à l'endroit du personnel du centre ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

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

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

15.Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de

l'association et son centre ?.....

.....

.....

ANNEXE 5 : Organisation des services techniques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Existe-t-il des cartes d'adhésions ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
- si oui quel est le tarif des cartes de membre ?.....

9. Existe-il différemment des tickets pour les adhérents et les non-adhérents ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui le montant adhérent /...../ et le Montant non-adhérent /...../

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

ANNEXES 6 : Fiche de dépouillement des activités

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

| Années | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------|------|------|------|
| Activités | | | |
| Consultations médicales | | | |
| CPN | | | |
| Accouchement | | | |
| CPON | | | |
| PF | | | |
| Vaccination | | | |
| Suivi des enfants sains | | | |

2. Tableau 2 : Analyses réalisées par le laboratoire du centre au cours de l'année 2013

| Type d'analyses Année | Hématologie | Parasitologie | Sérologie | Autres |
|--------------------------|-------------|---------------|-----------|--------|
| 2010 | | | | |
| 2011 | | | | |
| 2012 | | | | |

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

| Année type de personnel | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------|------|------|------|
| Médecin | | | |
| Sage-femme | | | |
| Infirmière | | | |
| laborantin | | | |
| Gérant du dépôt | | | |
| Comptable | | | |
| Manœuvre | | | |
| Gardien | | | |
| Autres | | | |

4. Tableau 4 : Durée du personnel au poste

| Type de personnel | Durée |
|-------------------|-------|
| Médecin | |
| Sage-femme | |
| Infirmière | |
| aide-soignante | |
| laborantin | |
| Gérant du dépôt | |
| Comptable | |
| Manœuvre | |
| Gardien | |

5. **Tableau 5** : Compte de résultat pharmacie de l'année 2010

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

6. **Tableau 6** : Compte de résultat pharmacie de l'année 2011

| Charges (dépenses) | Montant | Produits (recettes) | Montant |
|--------------------|---------|---------------------|---------|
|--------------------|---------|---------------------|---------|

| | | | |
|-----------------------------|--|-------------|--|
| achats médicament | | Ventes de | |
| Variation de stock | | médicaments | |
| Frais sur achat médicaments | | Subventions | |
| Achat fourniture bureau | | | |
| Achat support gestion | | | |
| Salaire gérant | | | |
| Charges sociales du gérant | | | |
| Total | | Total | |

7. **Tableau 7** : Compte de résultat pharmacie de l'année 2012

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

8. **Tableau 8** : compte de résultat pour la tarification de l'année 2010

| Charges (dépenses) | Montant | Produits (recettes) | Montant |
|--------------------|---------|---------------------|---------|
|--------------------|---------|---------------------|---------|

| | | | |
|----------------------------|--|-------------------|--|
| Achats consommable médical | | Ventes de tickets | |
| Achats support de gestion | | Subventions | |
| Achats fourniture bureau | | Autres recettes | |
| Entretien et réparation | | | |
| Fourniture d'entretien | | | |
| Salaire du personnel | | | |
| Autres dépenses | | | |
| Total | | Total | |

9. **Tableau 9** : compte de résultat pour la tarification de l'année 2011

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

10. **Tableau 10** : compte de résultat pour la tarification de l'année 2012

| Charges (dépenses) | Montant | Produits (recettes) | Montant |
|----------------------------|---------|---------------------|---------|
| Achats consommable médical | | Ventes de tickets | |
| Achats support de gestion | | Subventions | |

| | | | |
|--------------------------|--|-----------------|--|
| Achats fourniture bureau | | Autres recettes | |
| Entretien et réparation | | | |
| Fourniture d'entretien | | | |
| Salaire du personnel | | | |
| Autres dépenses | | | |
| Total | | Total | |

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

Si Non pourquoi ?.....

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

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

ANNEXES 7: Questionnaires adressé aux personnels de l'ASACOBOUL 1

Fiche n° :.....

Nom..... Prénoms.....

Qualification :..... Poste.....

Sexe..... Age.....

1. Depuis quand travaillez-vous dans ce centre ?.....

2. Est-ce que le personnel fait-il de réunion régulièrement?

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

Si oui à quel rythme ?

- Hebdomadaire /.../

- Mensuel /.../

- Trimestriel /.../

- Autres /.../

3. Est-ce que le centre s'est fixé des objectifs ? 1-Oui/.../ 2- Non/.../

4. Est-ce que l'association aide le centre à atteindre ses objectifs ?

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

5. Est-ce que vos conditions de travail sont satisfaisantes ?

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

Si Non, qu'est-ce qui vous manque ?.....

6. Est-ce que vous êtes motivé dans votre travail ?

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

Si oui quel est la source ?.....

7. Souhaitez-vous avoir une formation complémentaire ?

1-oui/.../ 2-non/.../

Si oui la quelle ?.....

8. Est-ce que le centre reçoit des missions d'évaluation ?

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

Si Oui d'où viennent ces missions ?.....

9. Quelles sont les relations entre les membres du personnel?

Passable /... /

Assez bon/... /

Bon/... /

Satisfaisant/... /

Autres à préciser/.... /

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

11. Comment les ressources générées sont-ils réinvestis ?

1. Renouvellement du plateau technique /.../

2. améliorer le salaire des personnels /.../

3. Autres.....

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

1- Barrière culturelle /.... /

2- Accessibilité géographique /.... /

3- Accessibilité financière /.... /

4- Autres.....

.....

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

.....

.....

ANNEXE 8: Questionnaires adressées aux usagers :

Fiche N°

Aire de santé:.....

Nom.....

Prénoms.....

Sexe :.....

Age.....

1. Le centre vous est-il accessible géographiquement ? 1-oui/.../ 2-non /.../
2. Comment trouvez- vous l'accueil et l'orientation vers les différents services de prestations ?
 1. Bon /... /
 2. Moyen /... /
 3. Mauvais /... /
 4. Autres /... /
3. Comment trouvez-vous le coût des différents services de prestations ?
 1. Abordable /... /
 2. Elevé /... /
 3. Autres à préciser.....
4. Quelle est la nature de votre consultation ?

1. Consultation médicale /.../
2. CPN/.../
3. Accouchement /.../
4. Autres /... /
5. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services offerts?
 - Très satisfait /.../
 - Satisfait /.../
 - Pas satisfait /.../
 - Pas du tout satisfait /.../

6. Etes-vous prêt à retourner pour d'autres prestations ?

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

Si non pourquoi ?.....

7. Quelles sont vos suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par CSCOM ?.....

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