

Ministère de l'Education Nationale,  
de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple-Un but-Une foi

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

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)**



Thèse de médecine N...../2020

Année universitaire 2019-2020

**Evaluation de la gestion de deux centres de santé  
communautaire (CSCOM) de Lafiabougou en  
commune IV du district de Bamako au Mali**

**Présentée et soutenue publiquement le    /    /2020**

**Devant le jury de la faculté de médecine et d'odontostomatologie**

**Par M. Aboubacar André Pascal SOMBORO**

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

Président du jury : Pr Hamadoun **SANGHO**

Membre : Dr Moussa Senidia **DIAKITE**

Directeur de thèse : Pr Seydou **DOUMBIA**

Co-directeur de thèse : Dr Issa **COULIBALY**

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail :

A mon père **Amedé Hamadi SOMBORO** : Cher papa, les mots aujourd'hui même sincères ne peuvent en aucun cas remplacer ce sentiment de fierté que j'ai à ton égard. Ton éducation, ta rigueur dans le travail, ton accompagnement, ton encouragement, ton soutien tant sur le plan financier, matériel que moral m'ont permis de pouvoir tenir jusqu'au bout et nous ont permis mes frères et sœur d'être meilleur de jour en jour. Enseignant émérite, j'ai beaucoup appris à tes côtés et le résultat est là aujourd'hui. J'ose croire qu'à travers ces quelques mots tu réalises l'incommensurable contentement de t'avoir comme père. Ce travail est tien, puisse Dieu te garder longtemps. Amen !

A ma mère **Yatandou Hélène SOMBORO** : Ma très chère que j'appelle affectueusement "Nènèni" nous voir heureux est ton souci majeur. Reconnais à travers ce travail le fruit de tes sacrifices. Tu t'es toujours débrouillée à nous donner le meilleur avec le peu que tu avais. Tu nous as appris à nous confier au bon Dieu, à prier à tout moment. La meilleure des mamans, merci de ton amour, de tes conseils et de nous chérir tant. Merci pour tes prières et tes bénédictions de tous les jours. Ce travail est aussi le tien et puisse Dieu te grader encore longtemps. Amen !

## REMERCIEMENTS

A mon pays le **Mali**, merci de ton enseignement gratuit et de ton soutien tout au long de mon parcours.

**A mes enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, du primaire et du secondaire**, merci pour la qualité de vos enseignements, soyez en remercié et gratifié.

**A l'enseignement catholique du Mali** à travers son directeur national **Mr Koundia Joseph Guindo**, merci pour le don de soi. Que Dieu tout puissant vous garde longtemps pour que l'enseignement catholique puisse encore bénéficier de vos connaissances. Amen !

**A mes Maîtres** : Professeur Mouctar Diallo, Dr Aichata Ongoiba, Dr Nana Bah ; Retrouvez à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu vous prête longue vie Amen !

**A mes grands-parents paternels** : Le peu de temps que j'ai eu pour vous connaître m'a beaucoup inspiré, vous avez marqué votre temps avec succès. A toi **Bobo Bokèry** père fondateur de mon village paternel, ton hospitalité a fait qu'aujourd'hui le village est peuplé. Ta rigueur, ton courage, ta bravoure, ta bonté et j'en passe ont fait de toi un homme très respecté. Ta mission terrestre a été bien accomplie. Que le bon Dieu vous accorde le repos éternel dans son paradis. Nous suivons vos pas à travers nos parents, soyez en remerciés.

**A mon grand-père maternel Bobo Michel SOMBORO** : Très peu de temps vécu ensemble ton histoire continue à voyager dans le temps. Sans pourtant passer par le banc, tu as été un infirmier de la mission Catholique très talentueux et tu as soulagé beau nombre de personne. Tu fus également un grand jardinier. Un homme bon tu as marqué ton histoire. Repose en paix dans la demeure du bon Dieu.

**A ma grand-mère maternelle Ina Marthe DJOUNDO** : Très attentionnée tu t'es occupée de beaucoup d'enfants à l'internat de Ségue et aujourd'hui beaucoup d'entre eux sont devenus de hauts cadres. Tes prières et encouragements nous accompagnent toujours sois en remerciée. Tes enfants, petits-enfants et arrières petits-enfants sont tous fiers de t'avoir. Reçois à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances. Que le tout puissant te prête longue vie et beaucoup de santé.

**A mes frères et à ma sœur** : Laya Georges, Issa Jean Michel, Clémence, Adama Noël. Recevez à travers ce travail l'expression de mon amour, de mon attachement sans faille aux valeurs fraternelles qui nous lient, de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance. Je suis heureux d'être un des vôtres, merci pour tout.

**Au Colonel Major Sylvain SOMBORO et famille** : Merci pour votre hospitalité.

Un merci spécial à ma tante Marie Noel Fongoro qui n'a jamais fait de différence entre ses propres enfants et moi. Que Dieu tout puissant vous récompense et vous accorde la longévité et la santé. Merci également à tante Assétou TRAORE, feu David, Marthe, Gisèle, Bernard, Alphonse, Fatoumata et Nielé, recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.

**Au Colonel Louis SOMBORO, Casimir SOMBORO et famille** : Merci pour votre accueil, votre sympathie et votre disponibilité pour ma personne tout au long de mon cycle. Que Dieu vous le rende au centuple.

**A feu Lieutenant David SOMBORO** : J'aurai sans doute voulu que tu sois parmi nous en ce jour de graduation mais Dieu en a décidé autrement et que sa volonté soit faite. Tu as donné ta vie pour en sauver beaucoup d'autres, le peuple malien te sera éternellement reconnaissant. Repose en paix officier et sois sûr que ta famille est entre de bonnes mains. Nous sommes fiers de toi.

**A mes oncles, tantes paternels et maternels** : Je ne pourrais vous rendre l'affection que vous m'avez gracieusement donnée, grand merci à vous. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

**A Adama Goulakan et famille** : Cher tonton vos encouragements, vos conseils et vos soutiens m'ont été fructueux tout au long de mes études. Ce travail est le vôtre, retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

**A mes cousins et cousines** : Je ne pourrai finir ce travail sans faire mention spéciale à toi cher cousin Aré Emile TOLOFOUDIE et à ta femme Isabelle SANGALA ainsi qu'à toi Honoré Moumini TOLOFOUDIE et à ta femme Carmen SOMBORO, Vous avez été là pour moi au début, pendant et à la fin de mon cycle doctoral. Vous avez également joué pour moi un rôle de frère et de tuteur. A mes cousins et cousines dont je n'ai pas mentionné le nom, reconnaissez-vous et soyez en remercié.

**A Me André Pascal SOMBORO et famille** : Merci pour votre accompagnement. Ce travail est aussi le vôtre, retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu vous prête une longue vie Amen !

**A feu Major Moise SOMBORO et à vous tous qui nous ont quittés**: Vos conseils, et vos bénédictions ont été déterminants pour moi au cours de mes études. Dormez en paix que le tout puissant vous accueille dans son paradis. Amen !

**A la famille SANGALA à Koulouba** mes sincères remerciements.

**A Dr Charles ARAMA et famille** merci pour vos encouragements et de votre aimable hospitalité.

**A mes aînés :** Dr Anou Moise SOMBORO, Dr Jules SANGALA, Dr Jean-Paul SOMBORO, Dr Marcel YADJANGO, Dr Moise SANGALA, Dr Benoit TOLOFOUDIE, Dr Seydou ARAMA, Dr Blaise DJOUNDO, Dr Sylvain GUINDO, Dr Oumarou TESSOUGUE, Dr Amadou SOMBORO, Dr Mohamed TOLOFOUDIE, Dr Dieudonné SOMBORO, Dr Léon DJIBO, Dr Issa YAKWE, Dr Ichiaka DJIBO, Moussa Moise SANGALA et ceux dont les noms ne sont pas cités :

Votre soutien, vos encouragements et vos conseils ont été déterminants tout au long de mon cycle. Sachez que je garderai en mémoire tout ce que vous avez fait pour moi. Recevez à travers ces quelques mots ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

**A mes camarades :** Dr Mathieu GUINDO, Allaye ARAMA, Dr Yaya TOGO, Dr Jacques ARAMA, Dr Dramane TESSOUGUE et ceux dont les noms ne sont pas cités recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.

**A mes cadets :** Desiré Gana, Dr Claire SOMBORO, Mahamadou KOTIOUNMBE, André TOLOFOUDIE, Hamidou et Boureima DJIBO, Albert SOMBORO, Albert TOLOFOUDIE et ceux dont les noms ne sont pas cités trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

**A mes camarades et collaborateurs :** Retrouvez à travers ce travail mes sincères reconnaissances.

**A mon groupe de travail :** Recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.

**A mes amis et complices :** Dr Issa KALOSSSI et Dr Kassoum Alou N'DIAYE, plus que des amis vous êtes aujourd'hui des frères pour moi. Nous avons partagé nos joies et nos peines. Le nombre d'amis importe peu quand on a de bon, vous connaître fait partie des choses les plus merveilleuses qui me sont arrivées durant tout mon parcours universitaire. J'espère que le lien sacré qui nous lie surmontera toutes les épreuves de la vie. Soyez remerciés pour votre accompagnement sans faille dans tout ce que j'entreprends, c'est un honneur et une fierté de vous avoir comme amis.

**A Dr Abraham KAMISSOGO, Jacques R DEMBELE, Georges TOLOFOUDE, Yaya TOGO,** vous avez été là au début et à la fin, mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

**A mes acolytes :** Jean Bosco TOLOFOUDIE, Emile SOMBORO, Alphonse SOMBORO, Abel SANGALA, Jean Yves SANOU, Désiré FOROGO, Souleymane COULIBALY, Jean Didi D, Aboubacar Koné et Drissa DIAKITE recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.

**Aux membres du groupe "Y",** recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.

**A la communauté Catholique, à la grande famille RASERE, à la jeunesse Djina Dogon, au REMAO, à APS-MALI, au Club UNESCO et à la JCI Bko-Espoir, recevez à travers ce modeste travail mes sincères reconnaissances.**

**A tout le personnel de ASACOLA1 et ASACOLA2 et plus particulièrement aux DTC Dr Bakary Yaro et Dr Moussa S DIAKITE mes sincères remerciements.**

**Au personnel de l'Hôpital Mali-GAVARDO, de la clinique Tiéba et de la clinique Keneya Sud, mes sincères remerciements.**

Et enfin, à vous tous dont les noms ne sont pas mentionnés et qui avez contribués de près ou de loin à la réalisation de cette thèse ;

Je vous dis merci.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître, président du jury :

**Pr Hamadoun SANGHO**

- ✓ **Professeur titulaire en Santé Publique ;**
- ✓ **Chef du DER Santé Publique ;**
- ✓ **Ex Directeur du Centre de Recherches d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;**
- ✓ **Coordinateur du programme de Master en Santé Publique à la FMOS ;**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître,

Vous êtes pour nous le modèle scientifique par excellence. Votre humanisme et votre empathie forcent le respect et l'admiration pour vos élèves que nous sommes. Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Veuillez croire cher maître, en l'expression de notre profonde gratitude.

Que le Tout Puissant vous donne la force d'aller encore plus loin. Amen !

## A notre maître, membre du jury :

**Dr Moussa Senidia DIAKITE**

- ✓ **Docteur en Médecine ;**
- ✓ **Directeur Technique de Centre (DTC).**

Cher Maître,

Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations. Ces valeurs professionnelles et humaines dont vous êtes porteurs, justifient toute l'estime que nous avons pour vous. Les mots seraient bien faibles pour qualifier notre gratitude pour l'amélioration de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître, nos sentiments les plus respectueux et plein de reconnaissance.

Que Dieu vous donne longue vie. Amen !



## A notre maître, co-directeur de thèse :

**Dr Issa COULIBALY**

- ✓ **Docteur en Pharmacie ;**
- ✓ **Maître-Assistant en Gestion à la FMOS/FAPH ;**
- ✓ **Chef du service des examens ;**
- ✓ **Spécialiste en Management des Etablissements de Santé ;**
- ✓ **Membre du Groupe de Recherche sur le Secteur Public en Afrique (GRAPA) ;**
- ✓ **Ancien Président du CROP-Koulikoro ;**
- ✓ **Membre de la Commission Scientifique de Synapharm.**

Cher Maître,

Nous tenons à vous remercier d'avoir bien voulu participer à l'élaboration de ce travail.

Un maître de principe et de rigueur, votre pertinence et votre amour du savoir et du travail bien fait font de vous un maître admiré par ses élèves. Ces quelques mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Veillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous accompagne au sommet de vos ambitions. Amen !

A notre maître, directeur de thèse :

**Pr Seydou DOUMBIA**

- ✓ **Professeur titulaire en Epidémiologie ;**
- ✓ **Directeur adjoint au département d'entomologie du Centre de Recherche et de formation sur le Paludisme (MRTC) ;**
- ✓ **Doyen de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMOS) ;**
- ✓ **Directeur du Centre International d'Excellence en Recherche (ICER-Mali) \_NIH/USTTB Bamako Mali ;**
- ✓ **Directeur du programme ICERM-WAF « International Center for Excellence in Malaria Research » ;**
- ✓ **Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali ;**
- ✓ **Membre d'honneur de l'Association Américaine de Médecine Tropicale et d'Hygiène des Etats Unis (ASTMH).**

Cher Maître,

Plus qu'un enseignant de mérite, vous êtes un éducateur de choix, vous avez su allier sagesse et humilité. Votre rigueur, vos qualités scientifiques et votre amour pour le travail bien fait ont amélioré la qualité de ce travail.

En ce moment solennel, veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et de notre haute considération.

Que Dieu vous donne une longue vie. Amen !

## **Sommaire**

<b>I. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Généralités.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. Méthodologie .....</b>	<b>13</b>
<b>V. Résultats.....</b>	<b>22</b>
<b>VI. Discussion .....</b>	<b>48</b>
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>VIII. Recommandations.....</b>	<b>56</b>
<b>IX. Références bibliographiques :.....</b>	<b>58</b>
<b>X. ANNEXES .....</b>	<b>61</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Répartition du personnel des ASACOLA en fonction de leur statut .....	26
<b>Tableau II</b> : Répartition du personnel des ASACOLA en fonction de leur ancienneté.....	26
<b>Tableau III</b> : Avis du personnel par ASACOLA sur leur motivation.....	27
<b>Tableau IV</b> : Avis du personnel par ASACOLA sur la gestion de leur CSCOM.....	28
<b>Tableau V</b> : Tarification des actes de l'ASACOLA1 .....	29
<b>Tableau VI</b> : Tarification des actes de l'ASACOLA2 .....	30
<b>Tableau VII</b> : Répartition des usagers par ASACOLA et par tranche d'âge.....	34
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des usagers par ASACOLA et par ethnie .....	35
<b>Tableau IX</b> : Répartition des usagers par ASACOLA et par sexe.....	35
<b>Tableau X</b> : Répartition des usagers par ASACOLA selon leur niveau d'alphabétisation .....	36
<b>Tableau XI</b> : Répartition des usagers par ASACOLA selon leur statut matrimonial .....	36
<b>Tableau XII</b> : Répartition des usagers selon le mode de connaissance des deux ASACOLA .....	37
<b>Tableau XIII</b> : Avis des usagers sur l'accessibilité géographique des deux ASACOLA .....	37
<b>Tableau XIV</b> : Avis des usagers sur la qualité de l'accueil et de l'orientation dans les deux ASACOLA .....	38
<b>Tableau XV</b> : Perception des usagers des ASACOLA sur le temps d'attente.....	38
<b>Tableau XVI</b> : Avis des usagers des ASACOLA sur le coût des prestations.....	39
<b>Tableau XVII</b> : Perception des usagers sur l'attitude du personnel des ASACOLA .....	39
<b>Tableau XVIII</b> : Avis des usagers de leur désir à recommander les ASACOLA à leur proche ..	39
<b>Tableau XIX</b> : Avis des usagers sur des éléments qui leur incitent à fréquenter les ASACOLA	40
<b>Tableau XX</b> : Evolution des examens complémentaires à l'ASACOLA1 et à l'ASACOLA2 en 2017 et 2018.....	42

## Liste des Figures

<b>Figure 1</b> : Carte des quartiers de la commune IV du District de Bamako [18].....	14
<b>Figure 2</b> : Carte Sanitaire de Commune IV [19] .....	17
<b>Figure 3</b> : Perception du personnel par ASACOLA en fonction de leur condition de travail.....	27
<b>Figure 4</b> : Répartition par ASACOLA du personnel ayant reçu une formation.....	27
<b>Figure 5</b> : Répartition du personnel par ASACOLA ayant reçu une promotion.....	28
<b>Figure 6</b> : Proportion de la population cible des ASACO en 2017 et 2018 par rapport à la population de la commune IV en 2017 et 2018 .....	31
<b>Figure 7</b> : Niveau de consultations médicales 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	31
<b>Figure 8</b> : Niveau de consultations prénatales 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	32
<b>Figure 9</b> : Niveau des accouchements 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	32
<b>Figure 10</b> : Niveau planning familial 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	33
<b>Figure 11</b> : Niveau de suivi enfant sains 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	33
<b>Figure 12</b> : Niveau de vaccinations 2017 et 2018 des deux ASACOLA .....	34
<b>Figure 13</b> : Evolution du nombre de consultation médicale mensuelle de l'année 2017 des deux ASACOLA	
L'ASACOLA présente une meilleure évolution de consultation médicale par rapport à l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 a réalisé le plus de consultation au mois d'octobre avec 6,21% et l'ASACOLA2 au mois de septembre avec 0,82% .....	40
<b>Figure 14</b> : Evolution du nombre de consultation médicale mensuelle de l'année 2018 des deux ASACOLA .....	41
<b>Figure 15</b> : Evolution du nombre d'accouchement mensuel de l'année 2017 des deux ASACOLA .....	41
<b>Figure 16</b> : Evolution du nombre d'accouchement mensuel de l'année 2018 des deux ASACOLA .....	42
<b>Figure 17</b> : Evolution des examens échographiques du CSCOM1 de 2017 à 2018.....	43
<b>Figure 18</b> : Evolution mensuelle de la consultation prénatale des deux ASACOLA en 2017.....	43
<b>Figure 19</b> : Evolution mensuelle de la consultation prénatale des deux ASACOLA en 2018.....	44
<b>Figure 20</b> : Evolution mensuelle du planning familial en 2017 des deux ASACOLA.....	44
<b>Figure 21</b> : Evolution mensuelle du planning familial en 2018 des deux ASACOLA .....	45
<b>Figure 22</b> : Evolution mensuelle de suivi enfant sains en 2017 des deux ASACOLA.....	45
<b>Figure 23</b> : Evolution mensuelle de suivi enfant sains en 2018 des deux ASACOLA.....	46
<b>Figure 24</b> : Evolution mensuelle de vaccination en 2017 des deux ASACOLA .....	46
<b>Figure 25</b> : Evolution mensuelle de vaccination en 2018 des deux ASACOLA .....	47

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**AG** : Assemblée Générale

**ASACKO-NORD** : Association de Santé Communautaire de Korofina Nord

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ASACOBENKADI** : Association de Santé Communautaire de Benkadi

**ASACOBOUL** : Association de Santé Communautaire de Boukassombougou

**ASACODJE** : Association de Santé Communautaire de Djélibougou

**ASACOGA** : Association de Santé Communautaire de Garantibougou

**ASACOHAM** : Association de Santé Communautaire de Hamdallaye

**ASACOLA** : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou

**ASACOYIR** : Association de Santé Communautaire de Yirimadjo

**CA** : Conseil d'Administration

**CAM** : Convention d'Assistance Mutuelle

**CG** : Conseil de Gestion

**CS** : Comité de Surveillance

**CPON** : Consultation Post-natale

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSRef** : Centre de Santé de Référence

**DCI** : Dénomination Commun Internationale

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DTC** : Directeur Technique du CSCOM

**EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali

**EMOP** : Enquête Modulaire et Permanente Auprès des Ménages

**F** : Franc

**FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire

**FLASCOM** : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire

**ME** : Médicament Essentiel

**IB** : Initiative de Bamako

**IEC** : Information, Education et Communication

**INSTAT** : Institute Nationale de la Statistique

**Km** : Kilomètre

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PEV** : Programme Elargie de Vaccination

**PF** : Planification Familiale

**PMA** : Pâque Minimum d'Activité

**PRODESS** : Programme Décennal de Développement Socio Sanitaire

**PSSP** : Politique de Santé Sectorielle de Population

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère / Enfant du VIH

**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

**RH** : Ressource Humaine

**SD-SNISS** : Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale

**SNISS** : Système National d'Information Sanitaire et Sociale

**SONUB** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

**SONUC** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets

**TSL** : Technicien Supérieur de Laboratoire

**TSS** : Technicien Supérieur de Santé

## I. Introduction

La politique sectorielle de santé du Mali est basée sur un système pyramidal dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), suivi des centres de santé de référence (CSRef) et des hôpitaux [1]. Cette politique a été adoptée en 1987 suite aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de sa 37<sup>ème</sup> session à Bamako, dénommée << Initiative de Bamako (IB) >>. L'objectif recherché était de faciliter l'accessibilité géographique et financière des populations aux soins de santé de base tout en garantissant les qualités des soins en vue d'une réduction de la mortalité maternelle et infantile [2].

La Santé Communautaire au Mali est gérée par des Associations de Santé Communautaire (ASACO) régies par la loi N°04-038 du 05 Août 2004 relative aux Associations. Les ASACO fonctionnent sur la base d'activités génératrices de fonds, de la participation de l'Etat et d'organisations non gouvernementales (ONG) [3].

Pour atteindre ses objectifs le centre de santé communautaire doit :

- ✓ Fournir le paquet minimum d'activité (PMA) ;
- ✓ Assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel (ME) en dénomination commune internationale (DCI) ;
- ✓ Assurer la participation de la population à la gestion et à l'animation du centre de santé [4].

La santé communautaire a connu un accroissement rapide sur une période de 25 ans et a permis l'accès aux soins dans un rayon de 5 km à près de 60% de la population, ce taux était inférieur à 25% au cours de la période antérieure à sa mise en œuvre. Cet accroissement s'est accéléré ces dernières années grâce à la mise en œuvre de la politique de décentralisation qui a permis aux communes de construire des CSCOM avec leurs fonds d'investissement [3].

Au même moment les indicateurs de mortalité maternelle et infantile, de consultations prénatales, d'accouchement assisté, de couverture vaccinale et de planning familial montrent une amélioration de l'état de santé de la population [3].

Malgré ces résultats encourageants, la santé communautaire rencontre des difficultés notamment :

- ✓ La mauvaise gestion administrative ;
- ✓ La diminution de la qualité des soins et l'insuffisance de plateau technique ;
- ✓ Le manque de transparence dans la gestion des ressources financières des CSCOM ;
- ✓ La création anarchique des CSCOM ;
- ✓ L'insuffisance des ressources humaines qualifiées [3].

Ces difficultés pourraient témoigner la baisse de la fréquentation des CSCOM de la part de la population.



Ces facteurs nous amènent à évaluer les déterminants de la gestion de deux CSCOM de la commune IV (ASACOLA1 et ASACOLA2) également en concomitance avec le CSRef de la commune IV.

De part ces raisons, nous nous sommes posés comme question :

Les pratiques de gestion ont elles un effet sur le niveau de fréquentation des CSCOM ?

**Hypothèse de travail :**

Les pratiques de gestion ont une influence sur le niveau de fréquentation des CSCOM.

## **II. Objectifs**

### **II 1. Objectif Général**

Évaluer les déterminants de la gestion de deux CSCOM de Lafiabougou en commune IV du district de Bamako.

### **II 2. Objectifs Spécifiques**

- ✓ Décrire l'organisation et le fonctionnement des deux ASACOLA ;
- ✓ Déterminer le niveau de fréquentation des deux ASACOLA en 2017 et 2018 ;
- ✓ Identifier les facteurs qui influencent la fréquentation des deux ASACOLA ;
- ✓ Décrire l'évolution des activités curatives et préventives des deux ASACOLA en 2017 et 2018.

### **III. Généralités**

#### **III 1. Situation Sanitaire**

##### **3.1.1. Offre des soins et service de santé**

Les éléments suivants permettent d'analyser l'offre des soins et services de santé

- Evolution du nombre des formations sanitaires ; Couverture géographique en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) ;
- Répartition des Ressources Humaines (RH) par profil ;
- Qualité des services notamment à travers les indicateurs hospitaliers tels que la durée moyenne de séjour (DMS) et le taux de mortalité hospitalière ;
- Le système de référence [5].

La couverture des besoins en CSCOM sur la base de la projection des plans de développement socio-sanitaires des cercles est de 87% au niveau national avec des disparités d'une région à une autre [5].

##### **3.1.2. Demande de service**

De nombreuses études réalisées au Mali ont identifié les facteurs caractérisant le faible taux de demande des soins de santé qui sont les suivants :

- Le faible pouvoir d'achat des populations qui ne permet pas aux pauvres d'accéder aux soins de santé ;
- L'accès (géographique et financier) très réduit des populations pour prétendre à des soins de qualité, ce qui démotive tout contact avec les services de soins;
- L'offre des soins est donnée par un personnel de santé, livré à lui-même, peu ou pas motivé, plutôt soucieux de son intérêt individuel que de son rôle de dispensateur de services publics, toute chose qui éloigne les populations des services de santé ;
- La tendance des prestataires de soins à prescrire de manières abusives et le plus souvent des spécialités dont les prix sont élevés (ordonnance kilométriques ou de luxe), ce qui fait croire aux patients que l'offre fournie répond plus à un souci de rentabilité du service que de réponse à son besoin de santé ;
- Les structures de santé ne sont que rarement à l'écoute des besoins, des demandes, des attentes, des difficultés et/ou des problèmes rencontrés par leurs patients ; ce qui conforte le malade dans sa croyance que le prestataire de soins est plus pressé de lui soutirer son denier que de comprendre son problème.

La demande de soins et de services de santé est la base de l'ensemble du système socio-sanitaire

[5]. Toutefois, le taux de consultation (premier contact par habitant et par an) est toujours bas soit 0,41% [6].

### **3.1.3. Ressources Humaines**

Le déficit en ressources humaines de qualité reste un défi majeur à relever dans la gestion des problèmes de santé au Mali. Leur stabilité et leur motivation restent également une question centrale. Un programme d'action nationale visant à orienter une riposte face au déficit et la mauvaise répartition des personnels de santé dans le pays et contribuer à assurer un accès universel à des soins de qualité [5].

Le ratio ressources humaines par population fait ressortir une tendance encore faible pour les médecins et les sages-femmes par rapport aux normes de l'OMS qui est un médecin pour 10 000 habitants et une sage-femme pour 5000 habitants [5].

### **3.1.4. Financement du secteur socio-sanitaire**

La mise en œuvre de la politique nationale de financement de la santé regroupe quatre axes stratégiques qui sont :

- Mobilisation des ressources efficaces, équitables, et pérennes ;
- Accès aux soins plus équitable en vue de réduire le poids financier des dépenses de santé pesant encore largement sur les ménages ;
- Une meilleure allocation des ressources et une amélioration de la gouvernance financière ;
- Et aussi un engagement du secteur privé [7].

La résolution de l'assemblée mondiale de santé de 2005 déclare que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. Nous sommes encore loin sur ces points d'une couverture universelle dans le monde entier [8].

Le Mali à l'instar de plusieurs pays d'Afrique a un financement dans le secteur de la santé encore en deçà des recommandations internationales tenues par les chefs d'Etat lors de la déclaration d'Abuja qui était de dépenser 15% de leur budget national à la santé [7].

La politique de financement se donne comme mission de dessiner la voie de l'accès à des soins de qualité indépendamment des capacités financières, pour l'ensemble de la population du Mali selon les besoins, et en la protégeant du risque maladie [5].

### **3.1.5. Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau en Afrique**

L'offre de soin n'est pas le seul déterminant de l'état de santé d'une population. Les facteurs biologiques, l'environnement, le développement économique, le comportement socio culturel,

l'éducation en sont d'autres. L'objectif du système de soins est de maintenir, voire améliorer l'état de santé de la population [9].

La qualité des soins et de l'accueil est un élément capital dans le choix thérapeutique des ménages.

Les principaux déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau sont classés en deux grands groupes :

- Les déterminants financiers (Recouvrement des couts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et cout des soins, cout du transport, couverture maladie).
- Les déterminants liés à la qualité des soins (Qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers) [9].

Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité) [9].

### **3.1.6. Faible participation des populations dans la gestion des CSCOM**

L'absence de la participation de la communauté dans la gestion de son centre est un obstacle pour la bonne planification et gestion des services de santé. Malgré qu'il s'agisse d'un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne, beaucoup de problèmes sont rencontrés dans la mise en œuvre de cette approche :

- La politique sectorielle de santé non maîtrisée par les collectivités territoriales décentralisées ;
- Les structures de gestion communautaires sont souvent peu représentatives ;
- Les personnes en difficultés et surtout les femmes et les jeunes sont peu impliqués dans les organes de gestion des structures de soins ;
- Les structures de gestion communautaires se sont surtout impliquées dans les activités de gestion des services et des financements mais beaucoup moins dans la mise en place d'actions de santé communautaires ;
- Les jeunes notamment les adolescent(e)s ne participent presque pas aux initiatives de développement, encore moins à la prise de décision relative à la jouissance de leur droit à la santé et à l'identification des problèmes de santé qui les affectent [10].

## **III 2. Rappel sur les Associations de Santé Communautaires (ASACO)**

### **3.2.1. Définitions**

### ➤ **Santé Communautaire**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ses priorités. Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations » [11].

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 [12].

### ➤ **Centre de Santé Communautaire (CSCOM) [1]**

Selon l'article 3 de l'arrête ministériel N°94/MSSPA-MATS-MP du 21 Aout 1994, le CSCOM est une formation sanitaire de 1<sup>er</sup> niveau crée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé.

### ➤ **Association en Santé Communautaire (ASACO) [13]**

Est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique 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.

### ➤ **Aire de Santé [12]**

C'est une subdivision territoriale du district de santé autour d'une formation sanitaire leader. [Organisation du district de sante] L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5 000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un CSCOM et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologiques.

### ➤ **Carte Sanitaire [14]**

Est la base de données dynamique aidant à la planification et la régulation permettant de connaitre et de présenter pour une période donnée :

- Le nombre et la localisation géo référencée de toutes les structures sanitaires ;
- L'offre des soins : les ressources existantes (infrastructures, personnel, moyens de communication...), la population et

- Les services et les programmes/interventions existants [14].

➤ **Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) [15]**

Correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Ces activités sont d'ordres préventifs, curatifs, et promotionnels. Il s'agit de traitements des maladies courantes, des consultations prénatales, et postnatales avec accouchement et vaccination. Il s'agit d'un minimum d'offre de soins que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue pas un plafond.

**3.2.2. Historique de la santé communautaire [16]**

Dès les premières années de l'indépendance (1960), le Mali a opté pour une politique de soins de santé accessible au grand nombre de la population. Depuis, l'Etat a initié beaucoup de tentatives d'impliquer la société civile dans la prise en charge de ses propres problèmes de santé [16].

L'intervention de la société civile pour la prise en charge de ses problèmes de santé a véritablement commencé dans les années 1988, suite à la rencontre des ministres de la santé de la sous-région à Bamako en 1987. C'est à cette rencontre que vit jour l'initiative de Bamako (IB) [16].

La société civile toute seule ou appuyée des fois par des jeunes agents de santé dont essentiellement des médecins et avec la volonté politique affichée de l'Etat a ainsi pris l'initiative de se regrouper en organisation communautaire par zone sanitaire définie pour contribuer aux efforts de l'Etat à la prise en charge des problèmes de santé des populations. Ces organisations communautaires de santé ont été dénommées : Association de Santé Communautaire (ASACO). La première ASACO est créée à Banconi en 1988. Cette ASACO a créé son CSCOM en 1989 [16].

**3.2.3. Organisation et fonctionnement de L'ASACO**

L'ASACO doit avoir pour sa reconnaissance juridique un nom, une adresse, un objectif, des représentants, un statut et un règlement intérieur. Tout ceci est couronné par un récépissé délivré par le Ministère chargé de l'Administration Territoriale [16]. L'ASACO procède ainsi à la création et à la gestion de son centre de santé communautaire (CSCOM), après l'obtention d'un agrément, délivré par le Maire de la commune [16]. Une convention d'assistance mutuelle doit être signée entre l'ASACO et l'ETAT. Avec le transfert de compétences, cette convention est désormais établie entre l'ASACO et la commune [16].

L'Assemblée générale (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes

de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire [15]. Il s'agit du conseil d'administration (CA) et le comité de surveillance (CS) [16].

Dans l'article 13 du décret portant sur les conditions de créations des CSCOM, le CA a pour mission de veiller au bon fonctionnement du centre de santé communautaire. A ce titre il est chargé :

- D'examiner et d'adopter les budgets-programmes annuels d'activités du CSCOM ;
- De définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;
- D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- De recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du CSCOM ;
- De rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du CSCOM [17].

Dans son article 14 le CA se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin [17].

Et dans son article 15 le CA, élu par l'assemblée générale de l'association pour une durée de trois (3) ans renouvelable, comprend :

- Un président ;
- Un vice-président ;
- Un secrétaire administratif ;
- Un trésorier général ;
- Un trésorier général adjoint ;
- Deux secrétaires à l'organisation ;
- Deux commissaires aux conflits.

Sont membres de droit avec voix consultative :

- Le Préfet du cercle ou son représentant ;
- Le Maire de la commune ou son représentant ;
- Le Chef de quartier ou du village abritant le centre ;
- Le Chef du centre de santé communautaire et
- Le Médecin-chef du centre ou de la commune.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence [17].

Le comité de gestion (CG) du CSCOM est désigné au sein du CA parmi ses membres à l'exception du Directeur Technique du CSCOM (DTC) et le représentant du personnel [16].



Il se compose comme suit :

- Un président ;
- Un secrétaire administratif ;
- Un trésorier ;
- Un contrôleur des comptes (un des commissaires aux comptes CA) ;
- Le DTC et
- Le représentant du personnel du CSCOM [16].

Le Comité de Gestion se réunit une fois par mois en session ordinaire et de façon extraordinaire autant de fois que nécessaire.

Le Comité de Gestion a pour attributions :

- D'assurer la gestion quotidienne du CSCOM ;
- De justifier devant le Conseil d'Administration les dépenses effectuées au cours du trimestre ;
- De statuer sur les sanctions disciplinaires du 1<sup>er</sup> degré pour tout le personnel sauf le DTC et
- D'assurer la bonne exécution de l'ensemble des dépenses [16].

Les ressources de l'ASACO proviennent :

- Des cotisations des membres ;
- Des activités génératrices de ressource qui ne va pas à l'encontre de la loi ;
- Des recettes découlant des activités du CSCOM ;
- Des subventions des pouvoirs publics, des œuvres de bienfaisance et d'organismes nationaux et internationaux et
- Des dons et legs...[16].

#### **3.2.4. Processus et Condition de création des centres de santé communautaire**

Après la création de l'association de santé communautaire par la population de l'aire de santé, le conseil d'administration peut s'engager dans un processus de création d'un centre de santé communautaire.

Le décret n°05 - 299 / P-RM du 28 juin 2005 dit :

Dans son article 3 : Il ne peut être créé qu'un seul centre de santé communautaire par aire de santé et conformément à la carte sanitaire [17].

Dans son article 4 : Seules les associations déclarées ayant pour objet le développement de la santé communautaire, dénommées « Associations de santé communautaires » peuvent créer et faire fonctionner des centres de santé communautaires (CSCOM) [17].

Une étude de faisabilité qui prend en compte les ressources mobilisées et mobilisables pour la création du CSCOM. Une approche communautaire engageant la population à la participation dans la création du CSCOM. Il s'agit donc d'informer les villages ou les quartiers sur la création du CSCOM, de tenir une assemblée générale, de négocier le choix du lieu d'implantation du CSCOM. La détermination et la mobilisation de la quote-part communautaire dans la réalisation du génie civile est une étape importante dans la création du CSCOM [15].

Dans son article 5 : Pour être habilité à créer et faire fonctionner un centre de santé communautaire, l'association de santé communautaire doit remplir les conditions ci-après :

- Se conformer à la carte sanitaire du cercle ou de la commune du district de Bamako ;
- Etre organisée en Association de santé communautaire déclarée disposant d'un récépissé ;
- Compter un nombre d'adhérents égal à au moins 10% de la population de l'aire de santé ;
- Etre propriétaire, ou affectataire d'un site pouvant abriter le centre de santé communautaire ou le cas échéant, disposer d'un local pouvant y servir [17].

Article 6 : Une demande de création sera adressée au maire de la commune du lieu d'implantation sous couverture du médecin chef du lieu d'implantation. Cette demande comporte le dossier suivant [17] :

Article 7 : Le dossier de demande de création comprend :

- Une demandée timbrée à 200 F ;
- La copie du récépissé de déclaration de la création de l'association de santé communautaire ;
- Trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'association de santé communautaire ;
- Une note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existants ou prévus et
- Un plan de financement du centre de santé communautaire [17].

Une rencontre est entreprise entre l'organe de gestion de l'ASACO et l'Etat à travers le maire de la commune dont relève l'aire de santé. Au cours de cette rencontre un engagement sera définit entre les deux parties à travers la signature d'une convention d'assistance mutuelle (CAM). Suite à cette signature les autorités délivreront un agrément à l'ASACO qui lui permettra de mettre en place un CSCOM fonctionnel et l'article 10 et 11 stipule que [17] :

Article 10 : Conformément aux dispositions du décret n°02- 314 / PRM du 24 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités locales des niveaux commune et cercle, en matière de santé, l'association de santé communautaire signe une convention

d'assistance mutuelle avec le maire de la commune du lieu d'implantation du centre de santé communautaire [17].

Article 11 : La convention définit les engagements réciproques de la commune et de l'association en santé communautaire, notamment :

- Les possibilités d'allocation de subvention pour le financement des activités de santé ;
- La contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du centre de santé communautaire ;
- La dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériel roulant);
- Le financement des travaux de construction du centre de santé communautaire ;
- Le suivi et le contrôle de la gestion du centre de santé communautaire ;
- Le concours de l'association de santé communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments ; la lutte contre les catastrophes et les épidémies [17].

La convention précise également les obligations de collaboration du centre de santé communautaire avec le centre de santé de référence du cercle ou de la commune [17].

### **3.2.5. Fonctionnement du CSCOM [16]**

Le CSCOM fonctionne sur recouvrement des couts. Les ressources générées sont déposées dans deux comptes séparés (prestations et médicaments) et fonctionnent sous la double signature du président et du trésorier [16].

Son objectif est de :

- Couvrir l'ensemble des populations de l'aire attribuée par la carte sanitaire en soins curatifs, préventifs et promotionnels ;
- Offrir aux tarifs les plus bas possibles les services de soins de qualité [16].

La Direction Technique du CSCOM est dirigée par le Directeur Technique du CSCOM :

- Il est le premier responsable clinique du CSCOM et en assure le bon fonctionnement ;
- Il veille au respect de la réglementation en vigueur au Mali ;
- Il veille à l'application du règlement intérieur du CSCOM ;
- Il élabore l'organigramme des services du CSCOM ;
- Il convoque et préside les réunions de staff du personnel...[16].

## **IV. Méthodologie**

### **IV 1. Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée au sein de deux CSCOM de Lafiabougou dans la commune IV du District de Bamako.

En effet, le choix s'est porté sur la commune IV et deux de ces CSCOM vu :

- ✓ La différence du niveau de fréquentation des deux CSCOM;
- ✓ La présence d'une structure de santé de niveau supérieur à cheval entre les deux CSCOM;
- ✓ La rareté d'études similaires au sein de la commune IV ;
- ✓ La disponibilité des deux CSCOM à participer à l'étude ;
- ✓ L'accessibilité géographique des deux sites.

#### **4.1.1. Création et Superficie Commune IV**

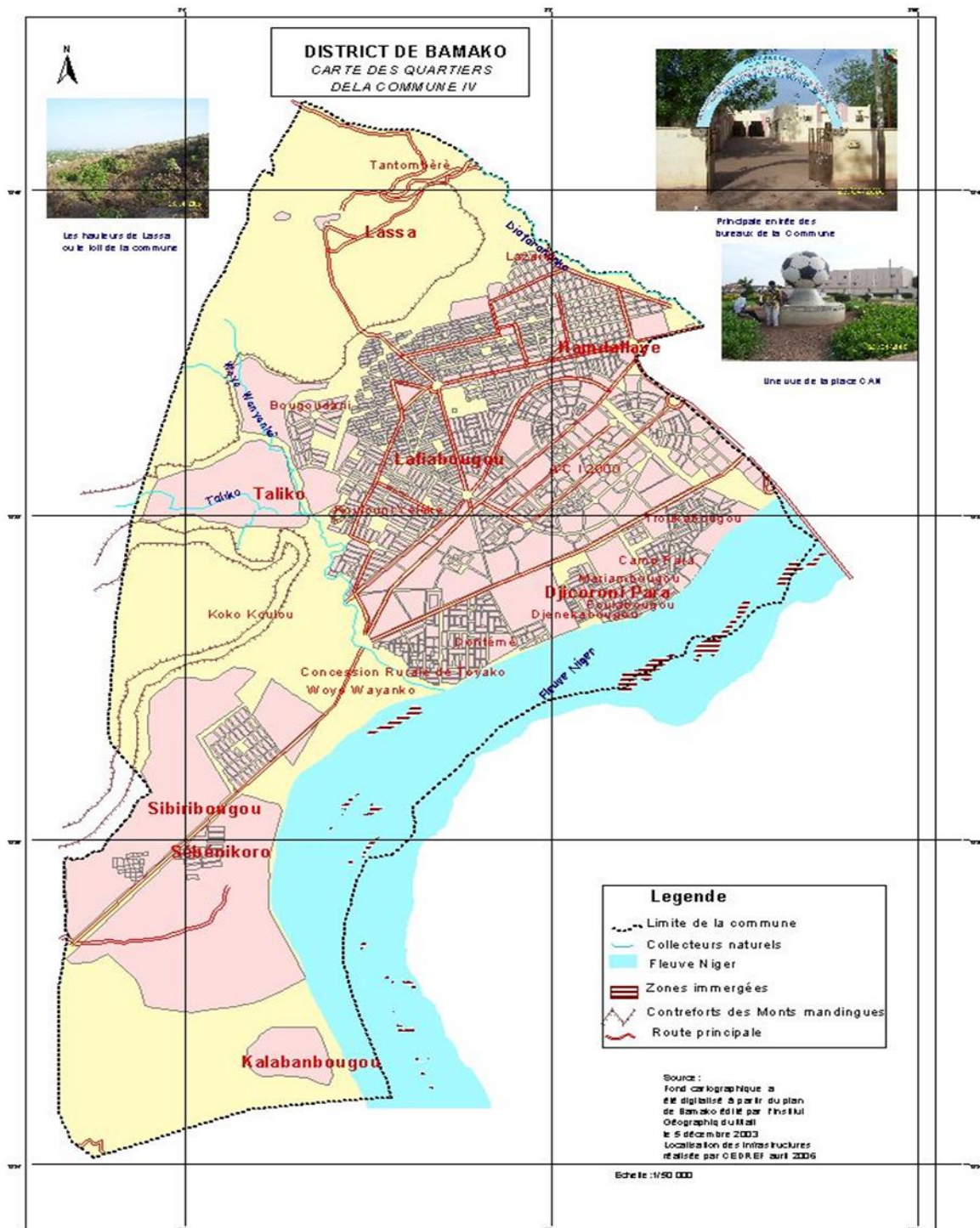
A l'instar de toutes les communes du District de Bamako, la commune IV a été créée par ordonnance N°78/CMLN du 18 août 1978 modifiée par la loi N°82-29/AN-RM du 02 février 1982 fixant les nouvelles limites des communes III et IV [18].

La commune IV est limitée à l'Est par la commune III, au Nord et à l'Ouest par le cercle de Kati et au Sud par le fleuve Niger. Située sur la rive gauche du fleuve Niger et à l'extrême Ouest du District de Bamako, la commune IV s'étend sur une superficie de 3 768 hectares [18].

#### **4.1.2. Situation géographique**

Avec un climat de type tropical, la commune IV a un relief dominé par quelques collines. Particulièrement, les quartiers de Lassa, de Taliko et de Sibiribougou sont totalement couverts par des collines, alors que ceux de Djicoroni-Para, Sebenicoro et de Kalabanougou se situent dans la vallée du fleuve Niger [18].

Parmi les cours d'eau qui parcourent la commune, on peut citer le Woyowayanko, le Farako, le Diafarana, le Sourountouba et le fleuve Niger longeant la limite de la commune. C'est à Woyowayanko qu'a eu lieu la célèbre bataille entre Almamy Samory Touré et les troupes Françaises en 1882. A partir de là on peut dire que l'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de la ville de Bamako [18].



Source : Edité par l'Institut Géographique du Mali le 5 décembre 2003.

**Figure 1** : Carte des quartiers de la commune IV du District de Bamako [18].

#### 4.1.3. Démographie

Avec une population totale estimée en 2014, à 377 683 (Recensement General de la Population et Habitat 2009), la commune IV comprend 8 quartiers: Lassa ; Kalabanbougu ; Sibiribougou ; Djicoroni-Para ; Sebenicoro ; Hamdallaye ; Lafiabougou et Taliko [18].

#### **4.1.4. Présentation des ASACO**

##### **➤ ASACOLA1**

L'Association en Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 3 dénommée ASACOLAS3 a été créée le 09 Octobre 1993 selon le récépissé n° 970/ MATS- DNAT conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 41/PG-RS du 28 Mars 1959.

Le centre de santé communautaire (CSCOM ASACOLA1) de Lafiabougou secteur 3 et 4 a été créé le 23 Octobre 1995 selon la décision n°596/ MATS- DNAT, il est fonctionnel depuis le 07 Février 1997. Il est géré par : un conseil d'administration ; un comité de gestion et une commission de surveillance.

Le centre est situé sur la rive gauche du fleuve Djoliba dans la partie ouest de la ville de Bamako entre la colline du Koulini Yéléké et l'avenue Cheick Zayed. Il est situé à une distance de 1,5 km du Centre de Santé de Référence de commune IV. Son aire géographique est limitée à l'est par la rue 466 de Lafiabougou secteur III (la place CAN), à l'ouest par le marigot Woyowayanko, au sud par le quartier Djicoroni Para et au nord par le quartier de Taliko.

L'aire de santé de l'ASACOLA I couvre une superficie de 8,20 km<sup>2</sup> soit 22% de la superficie totale de la commune IV (37,69 km<sup>2</sup>) et couvre les secteurs III, IV, Koda de Lafiabougou, une partie de l'ACI 2000 et une partie de Lafiabougou- Bougoudani. Initialement conçue pour accueillir une population de 17 000 personnes en 1997, la population de l'aire de santé était de 34 595 personnes en 2018, soit une augmentation de 103,50 %. En plus de la population de son aire géographique, le centre reçoit les populations de Djicoroni, Taliko, Sébénikoro, Kanadjiguila, Hamdallaye et Kodiambougou. Cette situation a entraîné une forte fréquentation du centre.

Le bureau de l'ASACO a été renouvelé le 07 novembre 2015 en assemblée générale des populations membres du quartier dans l'enceinte du CSCOM en présence des représentants de la mairie, de la FELASCOM et du médecin chef de la commune IV.

Le CSCOM comprend : trois bâtiments et des toilettes (Hommes et Femmes)

- Au premier bâtiment nous avons un guichet à l'entrée piéton servant d'accueil et d'orientation, un bureau de l'ASACO, la comptabilité, la pharmacie, le bureau de consultation externe, le magasin et le local du gardien.
- Au deuxième bâtiment nous avons le dispensaire constitué du bureau de médecin directeur (DTC), d'une salle de pansement, d'une salle d'injection, d'un laboratoire biologie médicale, d'une salle de vaccination, d'une salle de prise en charge de malnutrition, d'une salle d'échographie, de trois salles de perfusion (pour homme, femme et enfant), d'une salle pour les infirmiers, d'une véranda comme salle d'attente et d'IEC.

- Au troisième bâtiment nous avons une Maternité constituée de deux salles de consultation prénatale, d'une salle de PTME (Prévention de la Transmission Mère / Enfant du VIH), d'une salle de consultation postnatale et de planification familiale, d'une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus, d'une salle de travail, d'une salle d'accouchement et d'observation, d'une véranda pour les causeries éducatives avec les sages-femmes et pour l'attente.

Le CSCOM comprend également un espace hygiène et assainissement pour la gestion des déchets biomédicaux.

### ➤ ASACOLA2

L'Association en Santé Communautaire de Lafiabougou secteur I et II a été créée en 1994 et son Centre de Santé Communautaire (CSCOM ASACOLA2) a été créé en juillet 1998.

Le CSCOM Le centre est situé sur la rive gauche du fleuve Djoliba dans la partie ouest de la ville de Bamako entre l'avenue Cheick Zayed au niveau du grand marché de Lafiabougou et le centre secondaire d'Etat Civil de Lafiabougou

Il est géré par :

Un conseil d'Administration et un comité de gestion.

Le CSCOM est à l'ancienne architecture en U et comprend:

- Un hangar servant de lieu de vente de ticket, des activités PEV, d'accueil et d'orientation ;
- Le dispensaire comprend deux salles de consultation dont une pour le médecin Santé de la Reproduction, d'une salle pour le major, d'une salle servant de laboratoire et de lieu de pansement, d'une pharmacie, d'une salle de garde, d'une salle d'injection et d'une salle de perfusion.
- La maternité se trouve dans le même bâtiment que le dispensaire et comprend une salle de consultation prénatale, une salle de planification familiale et counseling, une salle d'accouchement et de suite de couche et une salle de suivi enfant sains.
- Un local pour le gardien et des toilettes.
- Un incinérateur.

A noter que les salles du CSCOM de l'ASACOLA2 sont toutes restreintes.

### **Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) des CSCOM est le suivant :**

**Activités curatives :** Elles couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës, 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 stratégies avancées.

**Activités promotionnelles :** Information Éducation Communication en Santé (IECS).

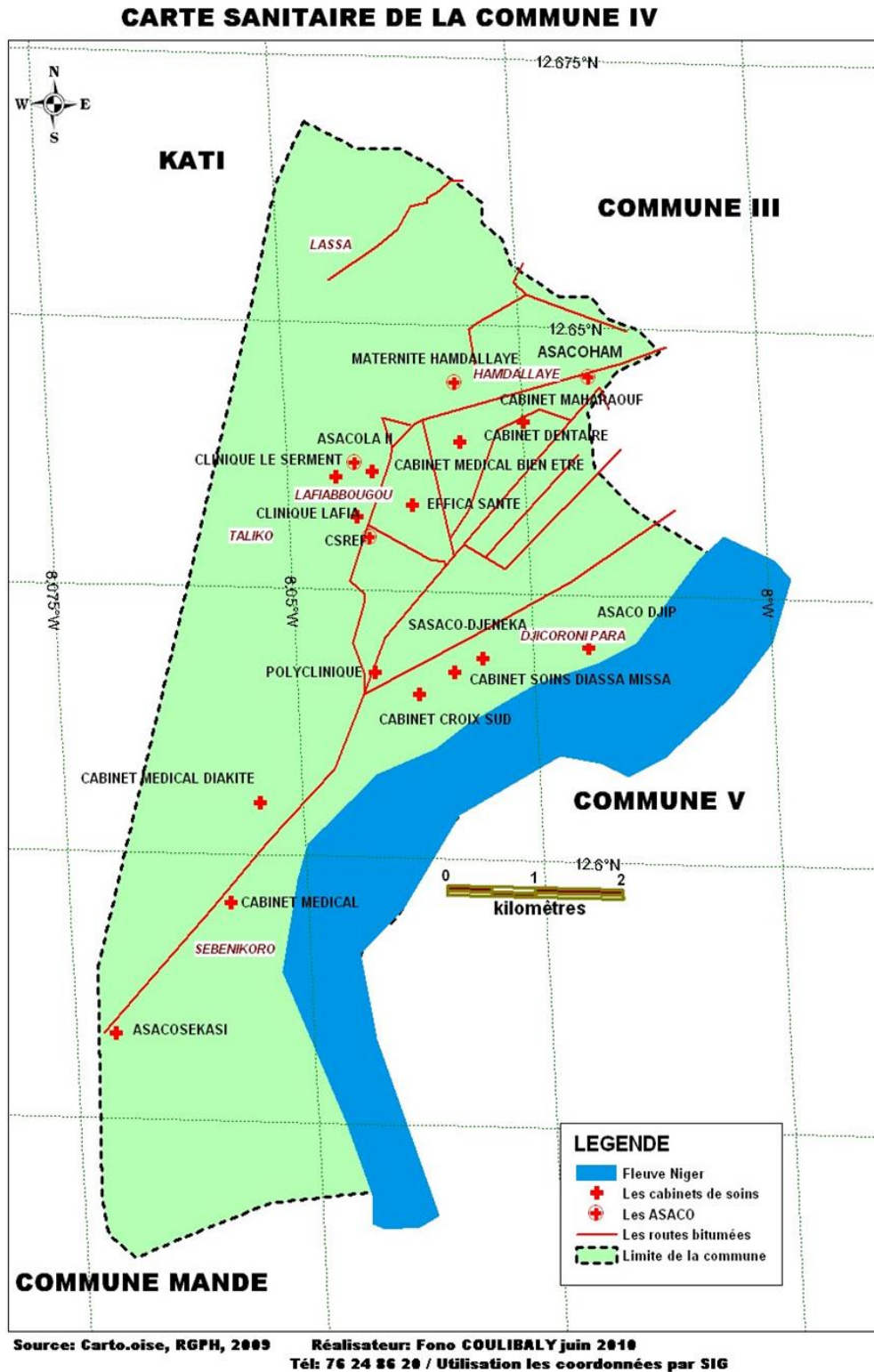


Figure 2 : Carte Sanitaire de Commune IV [19]



## **IV 2. Type et période d'étude**

Nous avons mené une étude transversale allant de janvier 2017 à décembre 2018 à visée descriptive couplée à un recueil rétrospectif des données allant du mois d'août 2019 à novembre 2019.

## **IV 3. Population d'étude**

Notre étude a porté sur les membres du conseil d'administration et du comité de gestion de chaque ASACO, l'ensemble des personnels des CSCOM et des usagers.

### **4.3.1. Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude :

- ✓ Toute personne éligible et acceptant de participer à l'étude ;
- ✓ Les membres des deux ASACO ;
- ✓ les personnels des deux CSCOM ;
- ✓ Tout patient consultant dans les deux CSCOM.

### **4.3.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- ✓ Toute personne éligible pour l'étude mais absente ;
- ✓ Et tout cas de refus.

## **IV 4. Echantillonnage**

Notre échantillonnage était une enquête par commodité qui a consisté à prendre les membres des ASACO, les personnels des CSCOM présents au moment de l'étude et les patients qui sont venus en consultation pendant la période de l'étude et qui ont consenti à participer à l'étude.

## **IV 5. Procédure de l'étude**

Après validation du protocole, nous avons mené une enquête auprès de notre population d'étude sur leur connaissance, leur satisfaction et leur fréquence de consultation des différents centres. Nous avons également exploité les registres des activités menées (consultations médicales, consultations prénatales, laboratoire d'analyse médicale et échographie) pour nous faire une idée sur la tendance des activités des CSCOM. Une rencontre individuelle a été réalisée sur la base d'un questionnaire préétabli pour chaque participant.

## **IV 6. Technique et outil de collecte des données**

La rencontre individuelle a été réalisée à travers des questions ouvertes qui concernaient les membres de l'ASACO pour la collecte des données qualitatives et analysées en faisant une retranscription des données en texte.

Nos données quantitatives ont été collectées à partir des fiches d'enquêtes. Une fiche pour recueillir les informations provenant des registres d'activités (le registre des consultations médicales, le registre des consultations prénatales, le registre de laboratoire d'analyse médicale en fin le registre d'échographie), une fiche pour connaître l'opinion du personnel et une fiche pour recueillir le niveau de satisfaction des usagers.

#### **IV 7. Variables**

##### **➤ Les variables liées aux membres du conseil d'administration**

###### **Les variables quantitatives**

Durée au poste,

Année de création de l'ASACO,

Le nombre de membres que compose l'ASACO,

Le nombre de femmes que compose le bureau de l'ASACO,

Le nombre de réunion tenue au cours de l'année,

L'effectif fonctionnel des membres du bureau aux réunions,

Le nombre de personnels dans le centre.

###### **Les variables qualitatives**

L'idée de création de l'association,

L'apport de la communauté dans la création du CSCOM,

La tenue des réunions périodiques,

La disponibilité des membres du bureau aux réunions,

La tenue de l'assemblée générale,

La signature des conventions d'assistance mutuelle,

Le niveau de qualification du personnel,

La nature de paiement du personnel,

Le siège de l'association,

Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

##### **➤ Les variables liées aux membres du comité de gestion**

### **Les variables quantitatives**

Durée au poste,

Le nombre des membres du bureau,

Le nombre de réunion au cours de l'année.

### **Les variables qualitatives**

Poste occupé,

La tenue des réunions périodiques,

La disponibilité des membres du bureau aux réunions,

Le décaissement des fonds,

Les appuis financiers,

Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

#### **➤ Les variables liées à l'organisation des services techniques**

### **Les variables qualitatives**

Les panneaux d'affichage indiquant les tarifs des actes médicaux et laboratoire,

Les panneaux d'affichage indiquant les conditions et avantages liés à l'adhésion de l'ASACO.

#### **➤ Les variables liées aux personnels du centre**

### **Les variables quantitatives**

Age,

La durée de travail dans le centre,

### **Les variables qualitatives**

Qualification,

Poste,

Sexe,

La réunion du personnel,

Les conditions de travail des personnels,

La motivation du personnel dans le travail,

La formation et la promotion du personnel,

Les causes d'insuffisances dans l'utilisation des services offerts par le CSCOM,

Les suggestions pour une meilleure performance.

➤ **Les variables liées aux usagers du centre**

**La variable quantitative**

Age

**Les variables quantitatives**

Sexe,

Niveau d'éducation,

La connaissance du CSCOM,

L'accessibilité géographique,

L'accueil et l'orientation au centre,

Le temps d'attente au centre,

Le coût des différents services de prestations,

Le niveau de satisfaction par rapport aux services offerts,

La recommandation du centre,

Les suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par CSCOM.

**IV 8. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI INO 7 et les traitements de texte ont été faits par le logiciel Microsoft office 2013.

**IV 9. Considérations éthiques**

Notre étude s'est déroulée dans le respect absolu du secret médical et de l'anonymat total de toute personne voulant participer à notre étude. Les participants n'ont reçu aucune récompense de quelques manières que ce soit pour leurs participations à l'étude, la participation a été totalement volontaire et désintéressée.

## **V. Résultats**

Pour la présentation de nos résultats, nous allons présenter les situations par une comparaison des cas sous étudiés.

### **V 1. Organisation et fonctionnement des ASACOLA1 et ASACOLA2**

#### **5.1.1. Conseil d'Administration**

##### **➤ Création des ASACOLA1 et ASACOLA2**

Pour la création de l'ASACOLA1, l'entretien réalisé avec un membre du CA au poste depuis 4ans raconte ceci ;

*« L'initiative de création de l'ASACO provenait de la communauté. Le CSCOM a été créé en 1995 il y'a 25 ans et les apports de l'ASACO ont été : la recherche de partenariat et la sensibilisation de la communauté à adhérer l'idée de création du CSCOM. La communauté a participé financièrement à la réalisation du CSCOM. Les réunions étaient tenues par trimestre et presque tous les membres participaient aux rencontres. Le CA avait un effectif de 17 membres dont 3 femmes tous élus en AG en 2016 ».*

Pour la même question, l'entretien réalisé avec un membre du CA de l'ASACOLA2 au poste depuis 3 ans raconte ceci ;

*« L'idée de la création de l'ASACO est venue de la communauté, des élus et des autorités sanitaires. Le CSCOM a été créé en 1998 il y'a 22 ans et les apports de l'ASACO ont été : la recherche de partenariat et la sensibilisation de la communauté à s'impliquer à la mise en place du CSCOM. La communauté a participé physiquement, en nature et à la prise de décision pour la réalisation du CSCOM. Les réunions étaient tenues par trimestre et peu de membres participaient aux rencontres. Le CA avait un effectif de 11 membres dont 4 femmes tous élus en AG en 2016 ».*

##### **➤ En ce qui concerne l'Assemblée Générale**

Une Assemblée Générale annuelle est organisée pour faire le bilan des activités et le bilan financier. A ce sujet un membre du CA enquêté de l'ASACOLA1 nous a fait savoir que ;

*« Nous avons tenu notre dernière AG le 6 juin 2018, cependant nous n'avons pas tenu d'AG en 2017 ».*

Nous n'avons pas eu d'élément de réponse par rapport au fait qu'ils n'ont pas tenu d'AG en 2017.

A ce même sujet un membre de l'ASACOLA2 nous a raconté ceci ;

*«Nous avons tenu une AG en 2017 et 2018 ».*

Aucun des membres CA ne se rappelait de la date de la dernière AG. Par contre pendant nos échanges avec un personnel, il a mentionné ceci :

*«Nous n'avons pas tenu d'AG depuis quelque année à cause de la non disponibilité du bilan comptable ».*

➤ **Pour ce qui est de la Convention d'Assistance Mutuelle**

La convention est l'ensemble des engagements entre la commune et l'ASACO

Pour cette question un membre du CA de chaque ASACOLA a répondu que

*« La convention d'assistance mutuelle a été signée avec la Mairie ».*

➤ **Concernant la performance des CSCOM**

A l'ASACOLA1, les membres du CA enquêtés trouvaient que la performance du CSCOM était bonne et les raisons évoquées selon un de nos enquêtés seraient ;

*«La performance du CSCOM est bonne parce que la qualité du service est bonne et il y'a une bonne transparence ».*

Par contre à l'ASACOLA2, les membres du CA enquêtés trouvaient que la performance du CSCOM était passable et les raisons évoquées selon un membre enquêté étaient ;

*«La performance du CSCOM est passable à cause de la mauvaise organisation du travail et la mauvaise qualité de l'accueil ».*

➤ **Quant à l'amélioration du fonctionnement de l'association et de son CSCOM**

Pour une amélioration du fonctionnement de l'association et de son CSCOM, les membres du CA enquêtés de l'ASACOLA1 ont suggéré qu'il y'ait plus de formations continues et dans cet ordre un membre propose ceci ;

*« La formation continue des membres et du personnel, une supervision intégrée et l'implication forte du bureau ASACO ».*

Pour ceux qui est de l'ASACOLA2 concernant la même question, les membres du CA enquêtés ont suggéré qu'il y'ait beaucoup de formation pour le personnel et une bonne gouvernance. Pour plus de détails un membre propose ceci ;

*«La formation de tout le personnel dans différents domaines, la formation des relais communautaires et la bonne gouvernance ».*

➤ **Et au niveau de fréquentation des CSCOM**

Le niveau de fréquentation a été qualifié de bon par les membres du CA de l'ASACOLA1 et comme raison évoquée pour étayer cet argument, un membre du CA nous rapporte ceci ;

*« Nous répondons aux exigences des malades ».*

Contrairement à l'ASACOLA2 le niveau de fréquentation a été qualifié de pas très bon par les membres du CA et comme raison évoquée pour argumenter cette affirmation, un membre nous raconte ceci ;

*«La méconnaissance du CSCOM, la non disponibilité des médicaments essentiels et le complexe du CSCOM est cadré par les kiosques ».*

Pour améliorer le niveau de fréquentation du CSCOM de l'ASACOLA2 il faut l'organisation du service, la visibilité du centre et la sensibilisation. Pour étayer ces propos un enquêté nous explique;

*« Dégager les kiosques, les panneaux publicitaires, les commerçants aux abords du CSCOM, faire des campagnes de sensibilisations ».*

**5.1.2. Comité de Gestion**

➤ **Effectifs et tenue des rencontres**

Selon les membres enquêtés à l'ASACOLA1, les rencontres étaient mensuelles et le DTC y prenait part. Pour plus de détails, un de nos enquêtés nous dit ceci ;

*« Le CG est composé de 6 membres dont une femme tous élus par le CA en AG. Nous avons tenu 12 rencontres en 2011 et 11 en 2018 et presque tous les membres étaient réguliers ».*

A l'inverse les membres enquêtés à l'ASACOLA2 ne se rappelaient plus du nombre de rencontre mais selon un membre ;

*«Nous sommes aux nombres de 5 membres dont une femme tous élus en AG. Nous avons fait plusieurs rencontres et presque tous les membres y participaient ».*

➤ **Ordonnance des dépenses**

Les membres du CG de l'ASACOLA1 nous ont fait savoir que les fonds sont décaissés par le président et pour étayer ce propos un membre nous a dit ceci ;

*« Le décaissement est ordonné par le président et le vice-président en cas d'empêchement du président et nous n'avons pas de fonds en dehors de ceux générés par le CSCOM ».*

Pour répondre à cette même question les membres du CG de l'ASACOLA2 nous ont fait savoir que les fonds sont décaissés par le président et pour étayer ce propos un membre nous a dit ceci ;  
« *Le décaissement est ordonné par le président et le trésorier si le président est empêché et nous n'avons pas d'autres fonds que celui du Centre* ».

➤ **Besoins en ressources humaines et ressources matérielles**

Selon les membres du CG de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 ; leurs centres ont des besoins dans plusieurs domaines notamment en ressource humaine, en matériel et infrastructure. Pour soutenir ces allégations un membre de chaque ASACOLA nous a dit ceci ;

« *Les CSCOM ont besoin d'un appui en ressource humaine ; en infrastructure ; en équipement et en ressource financière* ».

➤ **Projets de formation**

Concernant le volet formation, nos acteurs à l'ASACOLA1 ont affirmé la nécessité de formation des membres et dans ce sens un membre a dit ;

« *Il faut une mise à niveau pour le fonctionnement interne de gestion financière* ».

Répondant à la même question, nos membres du CG de l'ASACOLA2 interrogés ont affirmé la nécessité de plusieurs formations pour les membres et dans ce sens un membre a dit ;

« *Il faut une formation en accueil et sensibilisation, en gestion, en entretien et conservation des produits et matériel* ».

➤ **Suggestions pour une meilleure gestion de l'association et de son CSCOM**

Pour une meilleure gestion les membres du CG de l'ASACOLA1 ont pensé qu'il faut la formation mais aussi la promotion de ses agents. Pour plus d'explication selon un membre ;

« *Il faut faire des formations continues, faire la promotion des agents, faire une supervision et améliorer les salaires* ».

Pour ceux de l'ASACOLA2 en rapport avec la même question ont suggéré qu'il faut un suivi et évaluation, des rencontres et la bonne gouvernance. Pour plus d'explication selon un membre ;

« *Il faut un suivi évaluation de la pharmacie, du laboratoire et de la tarification. La Ténue régulière des réunions, des rapports d'activité, du bilan financier et la bonne gouvernance* ».



### 5.1.3. Opinion du personnel sur la gestion des CSCOM par les ASACO

**Tableau I** : Répartition du personnel des ASACOLA en fonction de leur statut

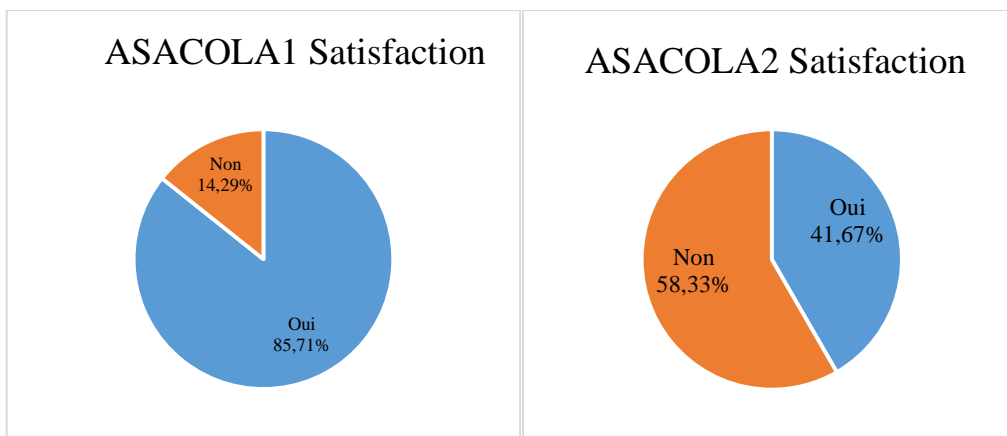
Statut	ASACOLA1				ASACOLA2			
	Etat	Collectivité	ASACO	Total	Etat	Collectivité	ASACO	Total
Médecin	2	0	1	3	0	2	0	2
TSS	1	0	1	2	0	0	0	0
Sage-Femme	2	6	0	8	2	4	0	6
TSL	0	1	0	1	0	0	0	0
Infirmière Obstétricienne	1	0	0	1	2	1	1	4
Technicien de Santé	0	1	0	1	0	0	1	1
Matrone	1	0	0	1	1	0	0	1
Aide-Soignant	0	1	3	4	1	0	0	1
Gérant Pharmacie	0	0	2	2	0	1	0	1
Technicien Laboratoire	0	0	1	1	0	0	1	1
Comptable	0	0	1	1	0	0	1	1
Caissière	0	0	1	1	0	0	0	0
Gardien/Manœuvre	0	0	3	3	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>19</b>
<b>%</b>	<b>24,14%</b>	<b>31,04%</b>	<b>44,82%</b>	<b>100%</b>	<b>31,58%</b>	<b>52,10%</b>	<b>26,32%</b>	<b>100%</b>

L'ASACOLA1 possédait plus de personnel à son actif que l'ASACOLA2 respectivement 29 et 19 dont 44,82% étaient aux comptes de l'ASACOLA1 et 26,32% étaient au compte de l'ASACOLA2

**Tableau II** : Répartition du personnel des ASACOLA en fonction de leur ancienneté

Durée (ans)	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
[1-5[	2	28,57%	1	8,33%
[6-10[	1	14,29%	<b>5</b>	<b>41,67%</b>
[11-15[	1	14,29%	3	25,00%
[16-20[	0	0,00%	2	16,67%
[21 et plus [	<b>3</b>	<b>42,86%</b>	1	8,33%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100,00%</b>	<b>12</b>	<b>100,00%</b>

La majorité du personnel enquêté à l'ASACOLA1 était plus stable avec 21 ans et plus, par contre à l'ASACOLA2 la majorité avait une ancienneté de service de 6 à 10 ans



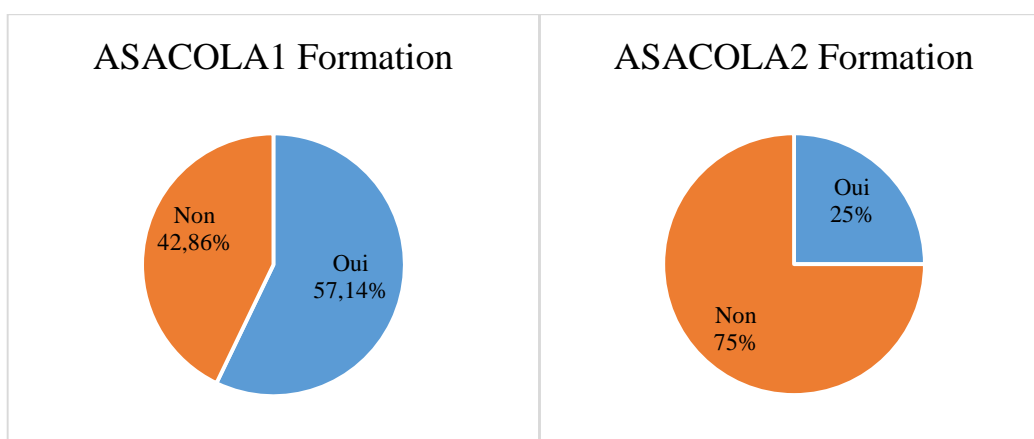
**Figure 3 :** Perception du personnel par ASACOLA en fonction de leur condition de travail

A l’ASACOLA1, 85,71% des personnels étaient satisfaits des conditions de travail, par contre 58,33% des personnels de l’ASACOLA2 n’étaient pas satisfaits des conditions de travail

**Tableau III :** Avis du personnel par ASACOLA sur leur motivation

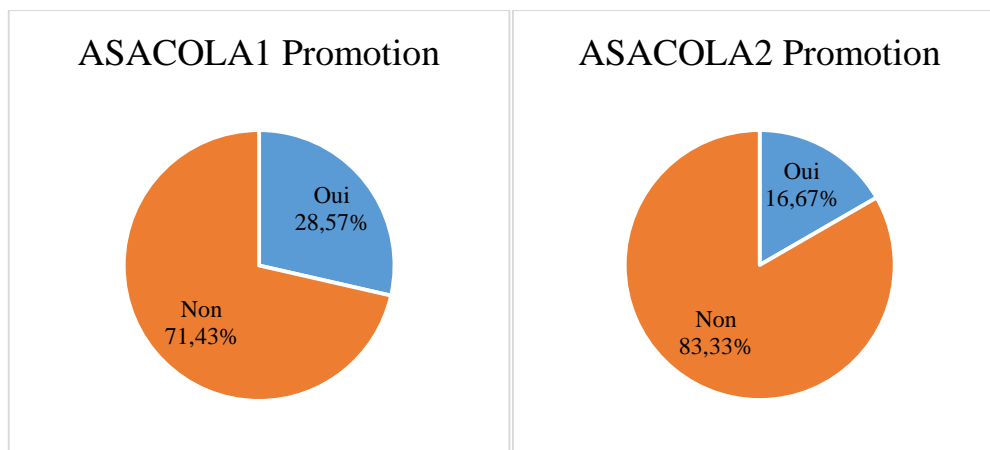
Motivation	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Oui	6	85,71%	6	50,00%
Non	1	14,29%	6	50,00%
Total	7	100,00%	12	100,00%

La motivation était de 85,71% à l’ASACOLA1 contre 50% à l’ASACOLA2



**Figure 4 :** Répartition par ASACOLA du personnel ayant reçu une formation

A l’ASACOLA1, 57,14% ont confirmé qu’ils avaient reçu une formation et 75% n’avaient pas reçu de formation à l’ASACOLA2



**Figure 5 :** Répartition du personnel par ASACOLA ayant reçu une promotion

Au sein de l'ASACOLA1, 71,43% ont affirmé qu'ils n'avaient pas reçu de promotion et à l'ASACOLA2 c'était 83,33% des personnels

**Tableau IV :** Avis du personnel par ASACOLA sur la gestion de leur CSCOM

Avis	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Bonne	4	<b>57,17%</b>	3	25,00%
Passable	2	28,57%	1	3,33%
Mauvaise	0	0,00%	<b>6</b>	<b>50,00%</b>
Très mauvaise	1	14,29%	2	16,67%
Total	7	100,00%	12	100,00%

Les personnels de l'ASACOLA1 trouvaient majoritairement que la gestion du CSCOM par l'ASACO était bonne avec un pourcentage de 57,14% contre 50% du personnel de l'ASACOLA2 qui décrivait une mauvaise gestion du CSCOM par l'ASACO

**Tableau V:** Tarification des actes de l'ASACOLA1

Acte	Tarif	Acte	Tarif
Consultation médicale	600	Glycémie	1 500
Consultation scolaire	300	Albumine+Sucre	600
Accouchement	10 000	Taux d'Hémoglobine	1 000
Perfusion	500	Taux d'Hématocrite	1 000
Injection IV	500	AGHBS	5 000
Injection IM	500	CRP	4 000
Pansement	500	PV	3 500
Suture	2 000	Hémoglobine Glyquée	10 000
Episiotomie	5 000	Acide Urique/Uricémie	2 000
Carnet CPN	1 000	Phosphatase Alcaline	4 000
Carnet Enfant	1 000	Transaminase	4 000
Carnet de Vaccination	100	Bilirubine Directe	4 000
CPN/CPON	0	Bilirubine Totale	4 000
Goutte Epaisse	1 000	Ionogramme Complet	10 000
Widal Felix	3 500	Cholestérol Total	4 000
ASLO	3 500	Cholestérol (HDL+LDL)	4 000
Groupage Rhésus	1 500	Triglycérides	3 000
Test d'Emmel	700	Créatinine	2 000
BW	1 000	Urée	2 000
Toxo	3 500	Albumine(Sérique)	2 000
Toxo IgG/IgM	6 000	Bandelette Urinaire	3 000
Rubeole IgG/IgM	6 000	Echographie	7 000
ECBU	2 000		

Le tarif de la consultation était de 300 FCFA pour les scolaires et 600 FCFA pour les autres consultations. Ils n'y avaient de différence de tarif pour les autres prestations et le tarif des adhérents ne ressortait pas sur le tableau de tarification

**Tableau VI:** Tarification des actes de l'ASACOLA2

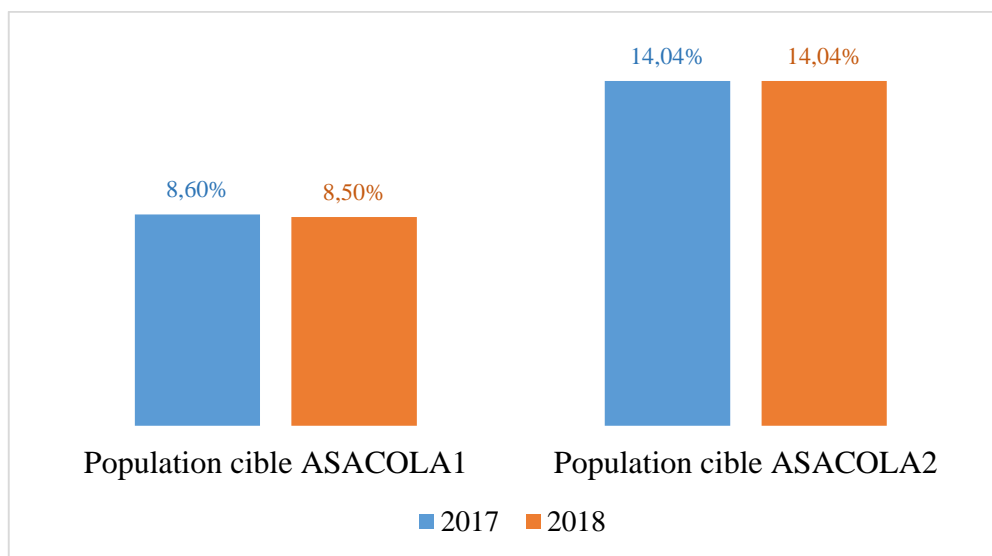
Acte	Tarif
Carnet CPN	1 500
Carnet Rose	650
Carnet Jaune (PEV)	100
Ticket d'accouchement	3 000
Kit d'Accouchement	2 200
Consultation Curative	600
Consultation Curative Adhérent	300
BW	1 000
Toxo	3 000
Groupage Rhésus	1 500
Albumine Sucre	600
Test d'Emmel	650
Glycémie	1 000
Taux d'Hémoglobine	2 500
NFS	4 500
Goutte Epaisse	1 000
Widal	3 000

La consultation curative était de 300 FCFA pour les adhérents et 600 FCFA pour les non adhérents.

Le tarif pour les autres prestations était les mêmes pour les adhérents et les non adhérents

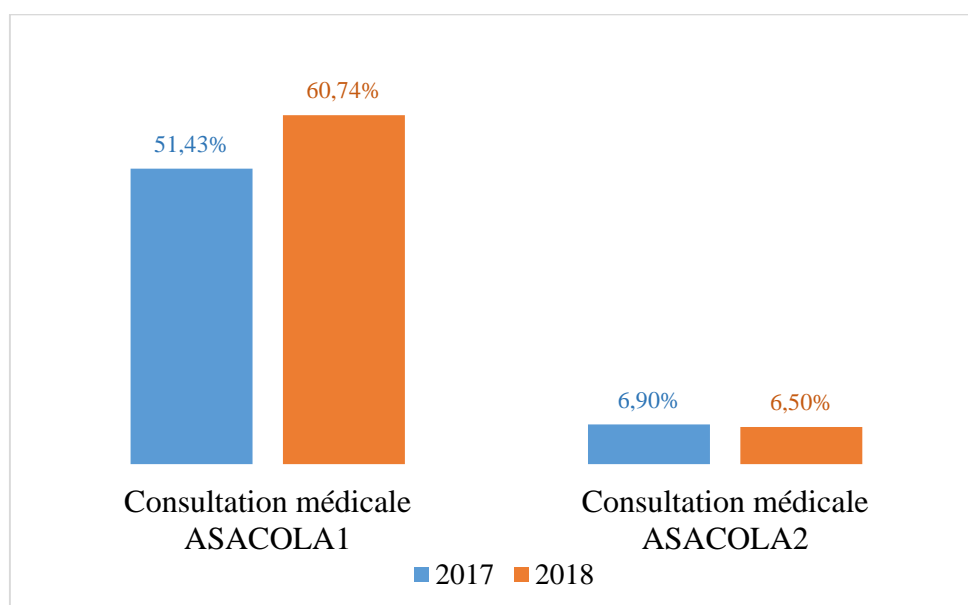
La tarification du prix de la consultation variait à l'ordre de 300 FCFA et 600 FCFA dans les ASACOLA CSCOM

## V 2. Détermination du niveau de fréquentation des deux ASACOLA en 2017 et 2018



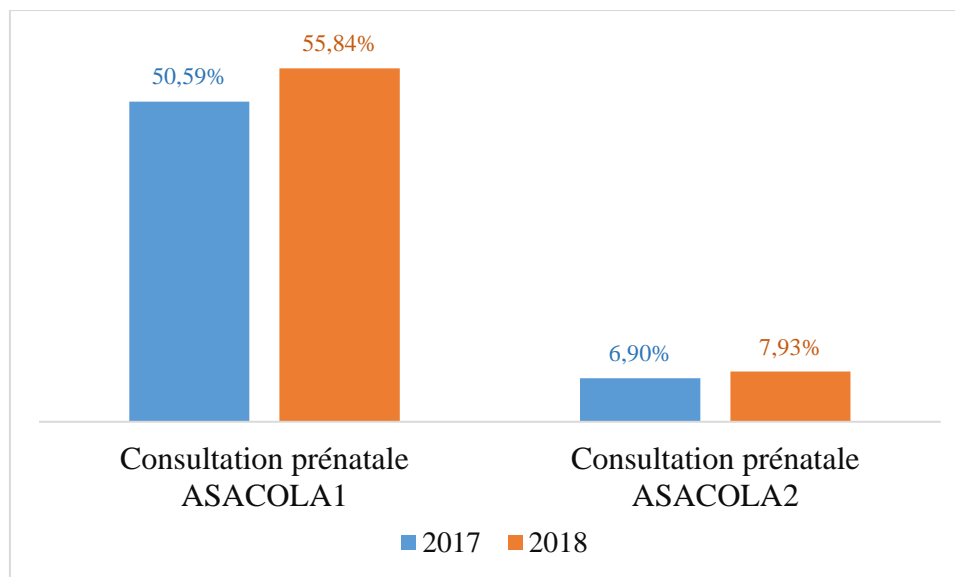
**Figure 6** : Proportion de la population cible des ASACOLA en 2017 et 2018 par rapport à la population de la commune IV en 2017 et 2018

La population cible de l'ASACOLA2 était supérieure à celle de l'ASACOLA1 sur les deux années. La proportion avait peu diminué à l'ASACOLA1 et était restée constante à l'ASACOLA2



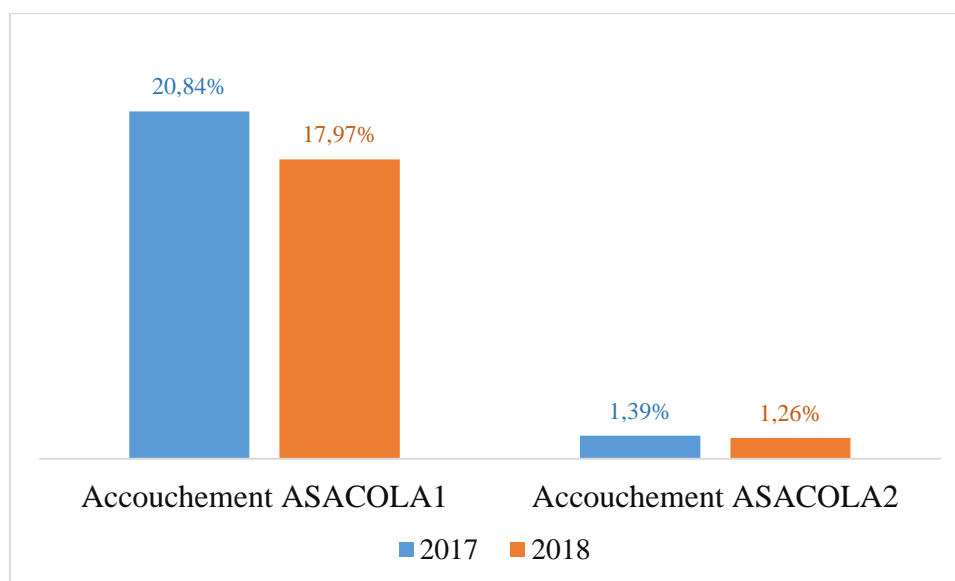
**Figure 7** : Niveau de consultations médicales 2017 et 2018 des deux ASACOLA

Le niveau de consultation de 2018 était supérieur à celui de 2017 à l'ASACOLA1 et ce chiffre avait connu une baisse à l'ASACOLA2 de 2017 à 2018. La consultation médicale de l'ASACOLA1 était largement supérieure à celle de l'ASACOLA2 en 2017 et en 2018



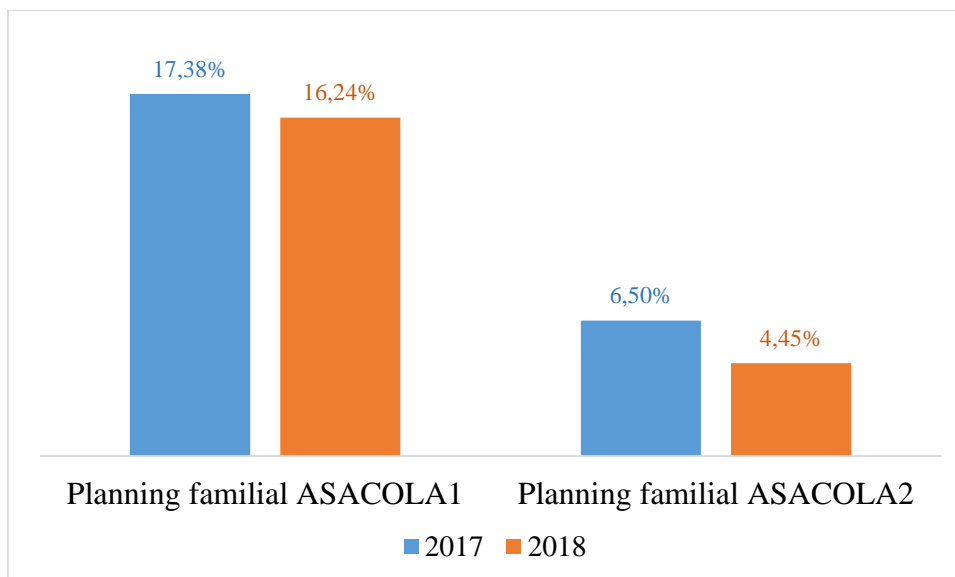
**Figure 8 :** Niveau de consultations prénatales 2017 et 2018 des deux ASACOLA

Le niveau de CPN avait augmenté de 2017 à 2018 dans les deux ASACOLA et ce niveau était supérieur à l'ASACOLA1 en 2017 et 2018 par rapport à l'ASACOLA2



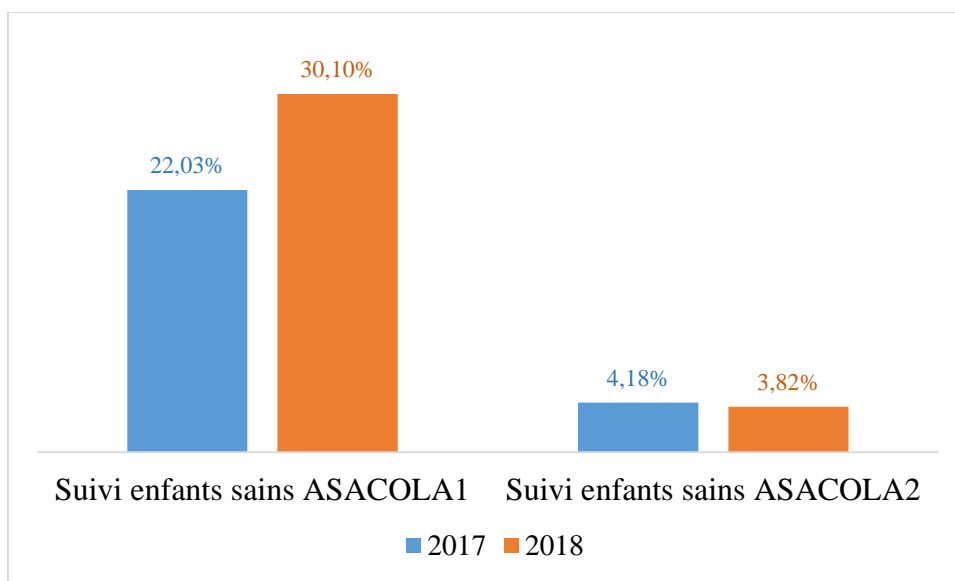
**Figure 9:** Niveau des accouchements 2017 et 2018 des deux ASACOLA

Le niveau en accouchement avait diminué dans les deux ASACOLA de 2017 à 2018 et ce nombre était supérieur en 2017 et 2018 à l'ASACOLA1 qu'au l'ASACOLA2



**Figure 10 :** Niveau planning familial 2017 et 2018 des deux ASACOLA

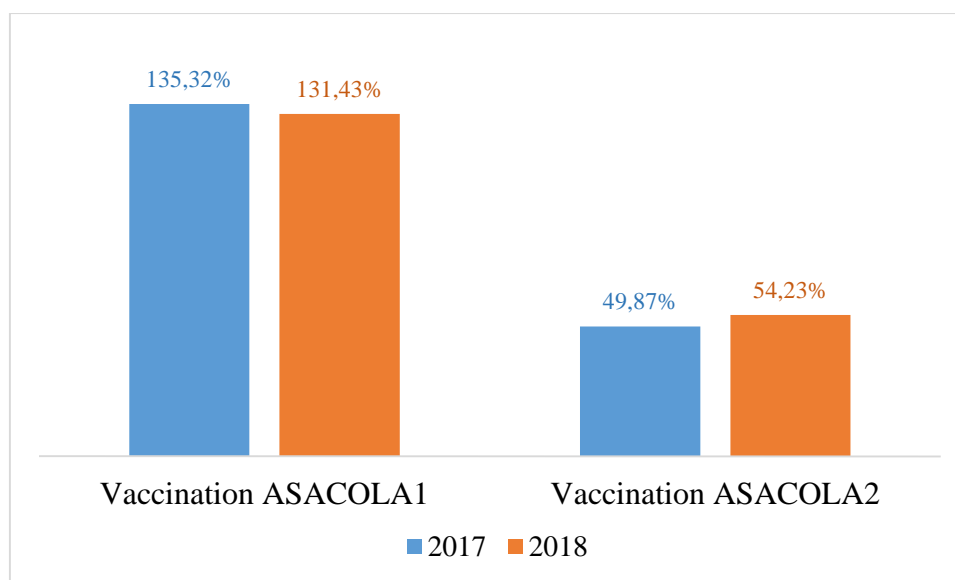
Le taux de PF était largement supérieur à l'ASACOLA1 qu'à l'ASACOLA2 et ce taux avait chuté de 2017 à 2018 dans les deux ASACOLA



**Figure 11 :** Niveau de suivi enfants sains 2017 et 2018 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 avait connu une meilleure évolution de suivi enfants sains que l'ASACOLA2 durant les deux années





**Figure 12 :** Niveau de vaccinations 2017 et 2018 des deux ASACOLA

Le taux de vaccination était largement supérieur à l'ASACOLA1 qu'à l'ASACOLA2, ce taux avait diminué de 2017 à 2018 à l'ASACOLA1 et augmenté à l'ASACOLA2

### V 3. Identification des facteurs déterminants la fréquentation des deux ASACOLA

**Tableau VII:** Répartition des usagers par ASACOLA et par tranche d'âge

Age (ans)	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
[18-34[	<b>242</b>	<b>80,40%</b>	<b>146</b>	<b>80,22%</b>
[35-44[	30	9,97%	19	10,44%
[45-54[	19	6,31%	11	6,04%
[55 et plus [	10	3,32%	6	3,30%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

La majorité des usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 respectivement de 80,40% et 80,22% avait un âge compris entre 18 et 35 ans

**Tableau VIII:** Répartition des usagers par ASACOLA et par ethnie

Ethnie	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Bambara	<b>97</b>	<b>32,23%</b>	<b>88</b>	<b>48,35%</b>
Bobo	6	1,99%	9	4,95%
Dogon	15	4,98%	46	6,04%
Malinké	68	22,59%	11	6,04%
Peulh	36	11,96%	10	5,49%
Senoufo	10	3,32%	7	3,85%
Sonrhäi	13	4,32%	1	0,55%
Soninké	40	13,29%	38	20,88%
Autres	16	5,32%	7	3,85%
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>100,00%</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

Les bambaras étaient les plus représentés dans les deux ASACOLA avec 32,23% des usagers à l'ASACOLA1 et 48,35% des usagers à l'ASACOLA2

**Tableau IX :** Répartition des usagers par ASACOLA et par sexe

Sexe	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
<b>F</b>	<b>156</b>	<b>51,83%</b>	<b>110</b>	<b>60,44%</b>
M	145	48,17%	72	39,56%
Total	301	100,00%	182	100,00%

Le sexe féminin était le plus représenté, soit 51,83% avec un sexe ratio de 0,93 à l'ASACOLA1 et 60,44% avec un sexe ratio de 0,65 à l'ASACOLA2

**Tableau X:** Répartition des usagers par ASACOLA selon leur niveau d’alphabétisation

Niveau scolarisation	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Ecole coranique	17	5,65%	5	2,75%
Non scolarisé	<b>96</b>	<b>31,89%</b>	<b>94</b>	<b>51,65%</b>
Primaire	35	11,63%	18	9,89%
Secondaire	93	30,90%	41	22,53%
Supérieur	60	19,93%	24	13,19%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

La majorité des usagers de l’ASACOLA1 et de l’ASACOLA2 était non scolarisée soit respectivement, 31,89% des usagers et 51,65% des usagers

**Tableau XI:** Répartition des usagers par ASACOLA selon leur statut matrimonial

Statut	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Célibataire	108	35,88%	54	29,67%
Marié (e)	<b>191</b>	<b>63,46%</b>	<b>125</b>	<b>68,68%</b>
Veuf (ve)	2	0,66%	3	1,65%
Total	301	100,00%	182	100,00%

Les mariés étaient les plus représentés avec 63,46% à l’ASACOLA1 et 68,68% à l’ASACOLA2

**Tableau XII:** Répartition des usagers selon le mode de connaissance des deux ASACOLA

Moyen	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Ami (e)	16	5,32%	7	3,85%
ASACO	10	3,32%	0	0,00%
Famille	<b>170</b>	<b>56,48%</b>	<b>90</b>	<b>49,45%</b>
Voisin	42	13,95%	21	11,54%
Autres	63	20,93%	64	35,16%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

La majorité des usagers avait connu le CSCOM grâce à un membre de la famille soit 56,48% à l'ASACOLA1 et 49,45% à l'ASACOLA2

**Tableau XIII :** Avis des usagers sur l'accessibilité géographique des deux ASACOLA

Accessibilité	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Oui	<b>246</b>	<b>81,73%</b>	<b>156</b>	<b>85,71%</b>
Non	55	18,27%	26	14,29%
Total	301	100,00%	182	100,00%

L'ASACOLA1 et l'ASACOLA2 étaient géographiquement accessibles respectivement à 81,73% et 85,71% selon les usagers

**Tableau XIV** : Avis des usagers sur la qualité de l'accueil et de l'orientation dans les deux ASACOLA

Accueil et Orientation	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Pas bon	11	3,65%	6	3,30%
Moyen	66	21,93%	57	31,32%
Bon	<b>220</b>	<b>73,09%</b>	<b>119</b>	<b>65,38%</b>
Très bon	4	1,33%	0	0,00%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

Plus de la moitié des usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 trouvaient que l'accueil et l'orientation étaient bons soit respectivement 73,09% et 65,38%

**Tableau XV** : Perception des usagers des ASACOLA sur le temps d'attente

Temps d'attente	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Court (30 minutes)	48	15,95%	<b>70</b>	<b>38,46%</b>
Moyen (moins 1 heure)	71	23,59%	<b>70</b>	<b>38,46%</b>
Long (2 heures)	<b>171</b>	<b>56,81%</b>	42	23,08%
Très long (3 heures ou plus)	11	3,65%	0	0,00%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

A l'ASACOLA1, 56,81% des usagers ont trouvé le temps d'attente long par contre à l'ASACOLA2 le temps d'attente était court et moyen pour respectivement 38,46% et 38,46% des usagers

**Tableau XVI : Avis des usagers des ASACOLA sur le coût des prestations**

Coût	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Bon	97	32,23%	<b>82</b>	<b>45,05%</b>
Abordable	<b>158</b>	<b>52,49%</b>	78	42,86%
Elevé	44	14,62%	22	12,09%
Très élevé	2	0,66%	0	0,00%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

Le coût était abordable selon 52,49% des usagers de l'ASACOLA1 cependant il est bon selon 45,05% des usagers de l'ASACOLA2

**Tableau XVII : Perception des usagers sur l'attitude du personnel des ASACOLA**

Avis sur le personnel	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Bon	<b>238</b>	<b>79,07%</b>	<b>136</b>	<b>74,73%</b>
Négligent	43	14,29%	15	8,24%
Peu accueillant	12	3,99%	21	11,54%
Sans avis	8	2,66%	10	5,49%
TOTAL	301	100,00%	182	100,00%

Les usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 ont qualifié respectivement à 79,07% et à 74,73% de bon l'attitude du personnel

**Tableau XVIII: Avis des usagers de leur désir à recommander les ASACOLA à leur proche**

Recommandation	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Ne sais pas	12	3,99%	25	13,74 %
Non	19	6,31%	7	3,85%
Oui	270	<b>89,70%</b>	150	<b>82,41%</b>
Total	301	100,00%	182	100,00%

La majorité des personnes ont émis le désir de recommander les ASACOLA à leur proche

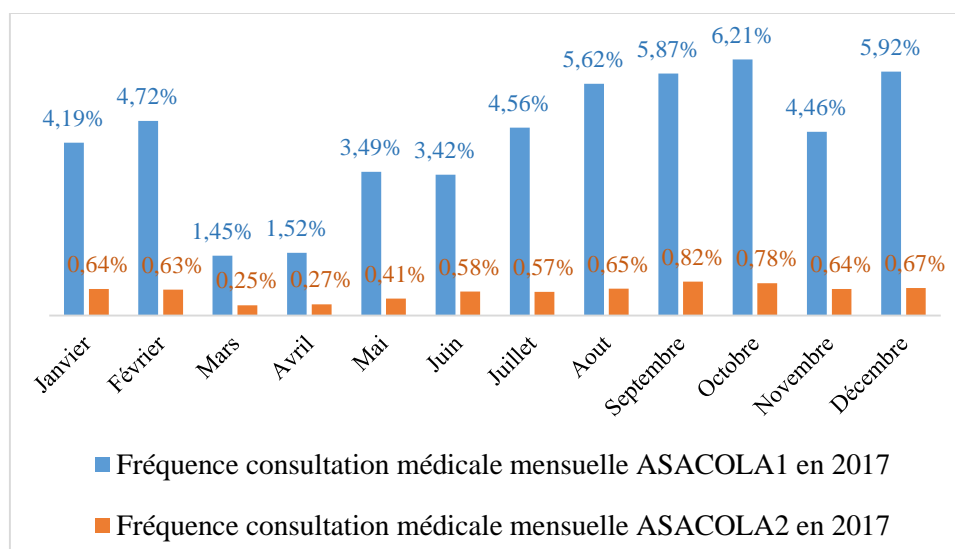
**Tableau XIX : Avis des usagers sur des éléments qui leur incitent à fréquenter les ASACOLA**

Raison du retour	ASACOLA1		ASACOLA2	
	Nombre	Fréquence	Nombre	Fréquence
Accueil du personnel	29	9,63%	31	17,03%
Compétence du personnel	<b>123</b>	<b>40,86%</b>	<b>63</b>	<b>34,62%</b>
Disponibilité du personnel	13	4,32%	26	14,29%
Médicament peux chère	5	1,66%	3	1,65%
Proximité	54	17,94%	36	19,78%
Qualité du service	46	15,28%	6	3,30%
Tarif abordable	25	8,31%	13	7,14%
Autres	6	1,99%	4	2,20%
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>100,00%</b>	<b>182</b>	<b>100,00%</b>

Les raisons des usagers de revenir au centre étaient toutes liées aux compétences du personnel soit 40,86% à l'ASACOLA1 et 34,62% à l'ASACOLA2

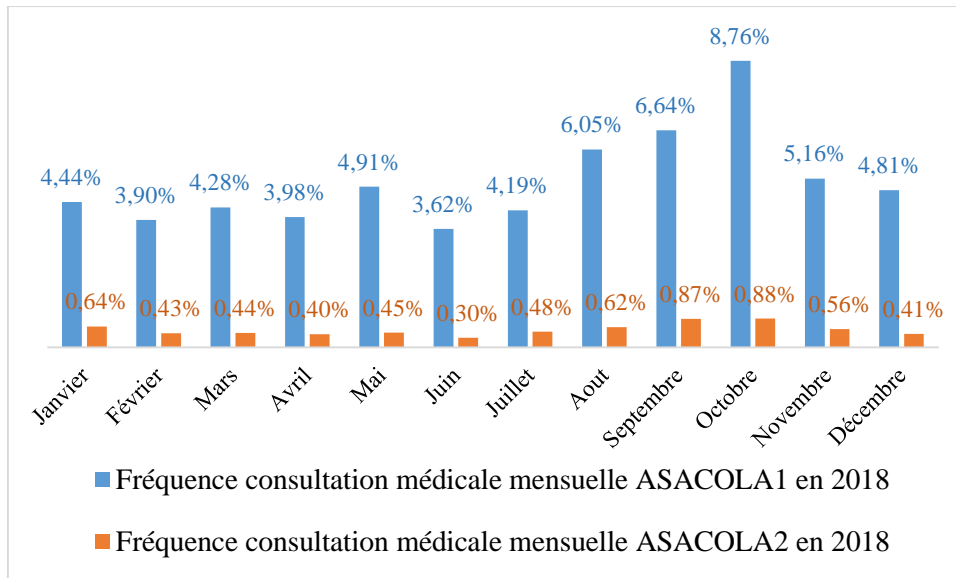
#### V 4. L'évolution des performances des deux ASACOLA en 2017 et 2018

##### 5.4.1. Evolution des activités curatives mensuelle de 2017 et 2018



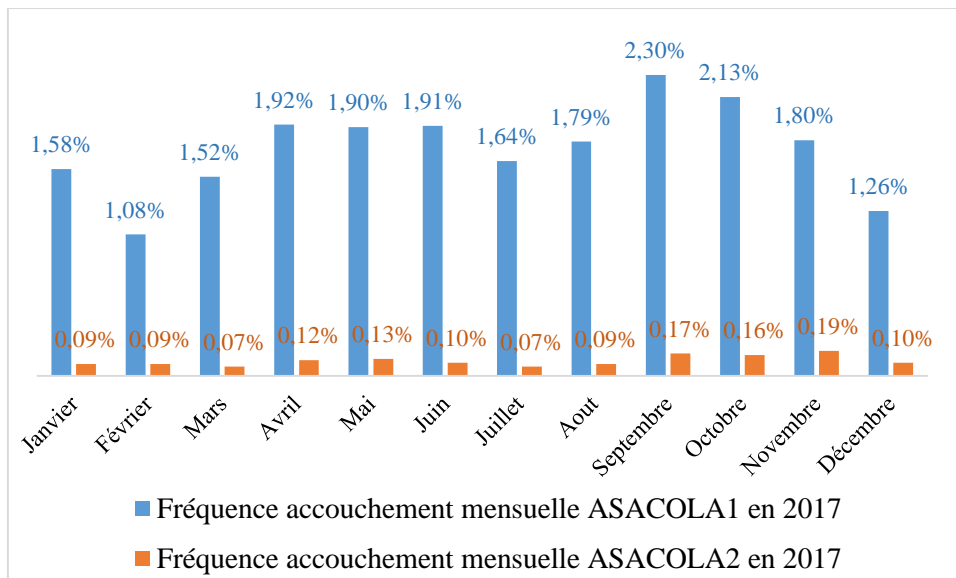
**Figure 13 :** Evolution du nombre de consultation médicale mensuelle de l'année 2017 des deux ASACOLA

L'ASACOLA présentait une meilleure évolution de consultation médicale par rapport à l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait réalisé le plus de consultation au mois d'octobre avec 6,21% et l'ASACOLA2 au mois de septembre avec 0,82%



**Figure 14 :** Evolution du nombre de consultation médicale mensuelle de l’année 2018 des deux ASACOLA

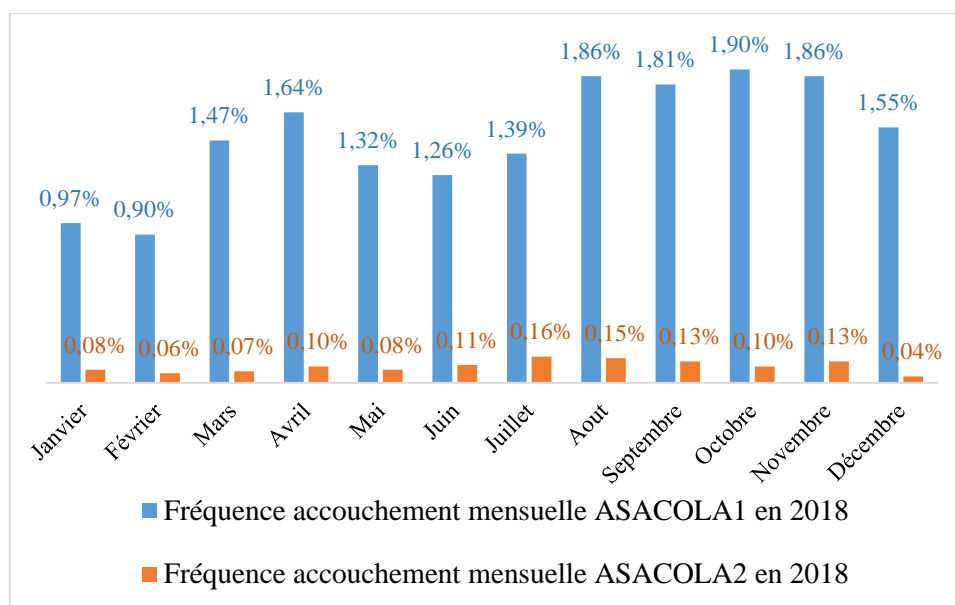
L’ASACOLA1 présentait une meilleure évolution de consultation médicale par rapport à l’ASACOLA2. L’ASACOLA1 avait réalisé le plus de consultation au mois d’octobre avec 8,76% et l’ASACOLA2 au même mois avec 0,88%



**Figure 15 :** Evolution du nombre d’accouchement mensuel de l’année 2017 des deux ASACOLA

En 2017 l’ASACOLA1 présentait une meilleure évolution du taux d’accouchement par rapport à l’ASACOLA2. L’ASACOLA1 avait réalisé son meilleur taux au mois de septembre avec 2,30% et l’ASACOLA2 au mois de novembre avec 0,19%





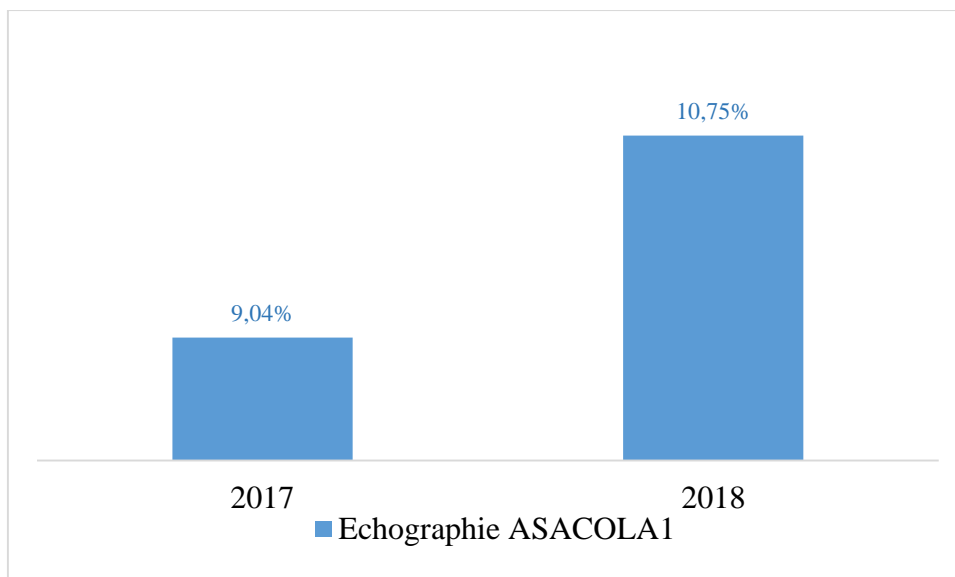
**Figure 16 :** Evolution du nombre d'accouchement mensuel de l'année 2018 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 en 2018 avait une meilleure évolution de la fréquence d'accouchement que l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait fait son meilleur taux au mois d'octobre avec 1,90% et l'ASACOLA2 en juillet avec 0,16%

**Tableau XX :** Evolution des examens complémentaires à l'ASACOLA1 et à l'ASACOLA2 en 2017 et 2018.

Type d'analyse	ASACOLA1/ 2017	ASACOLA2/ 2017	ASACOLA1/ 2018	ASACOLA2/ 2018
Hématologie	1947	421	2254	439
Parasitologie	11961	1330	13321	1130
Bactériologie	4	0	0	0
Sérologie	2967	669	3391	523
Biochimie	6325	1197	7728	1415
Total(%)	<b>23204(69,18%)</b>	3617(6,60%)	<b>26694(77,16%)</b>	3507(6,13%)

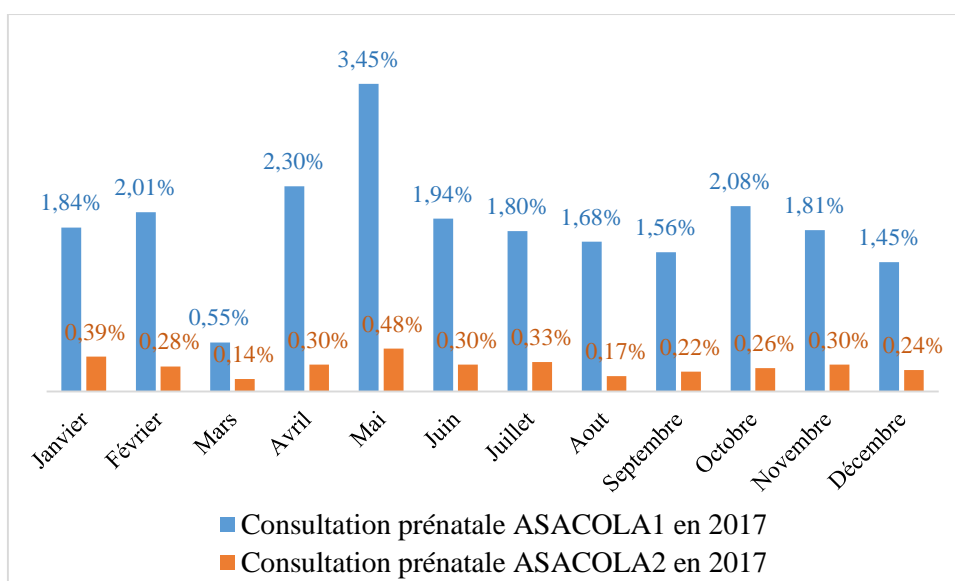
Le plus grand nombre d'examen complémentaire a été réalisé en 2018 à l'ASACOLA1 contrairement à l'ASACOLA2 qui était en 2017. L'ASACOLA1 avait réalisé plus d'examens complémentaires que l'ASACOLA2 en 2017 et 2018



**Figure 17 :** Evolution des examens échographiques du CSCOM1 de 2017 à 2018.

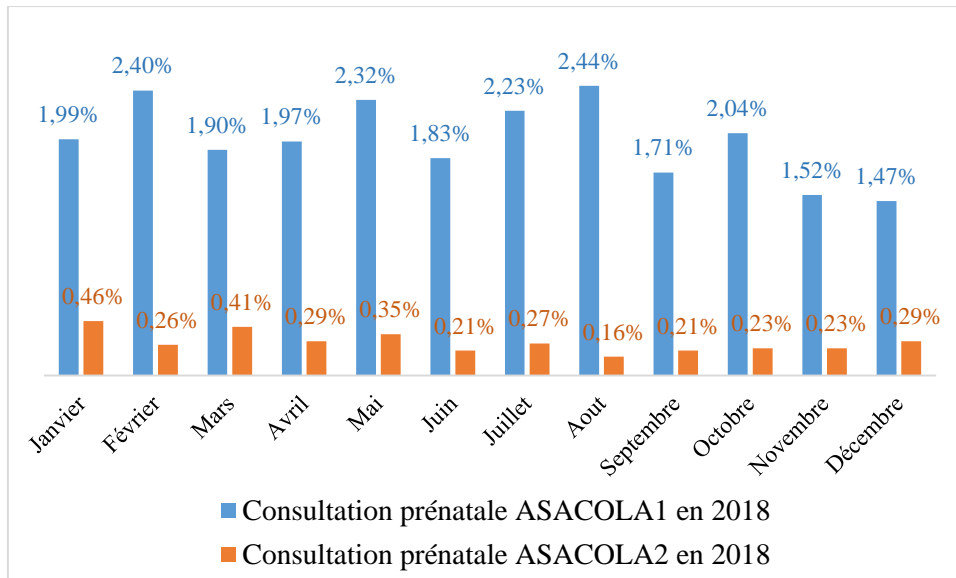
L'examen échographique avait évolué de 2017 à 2018 avec respectivement 9,04% et 10,75% à l'ASACOLA1 par contre il n'y avait d'appareil échographique à l'ASACOLA2

#### 5.4.2. Evolution des activités préventives mensuelle de 2017 à 2018



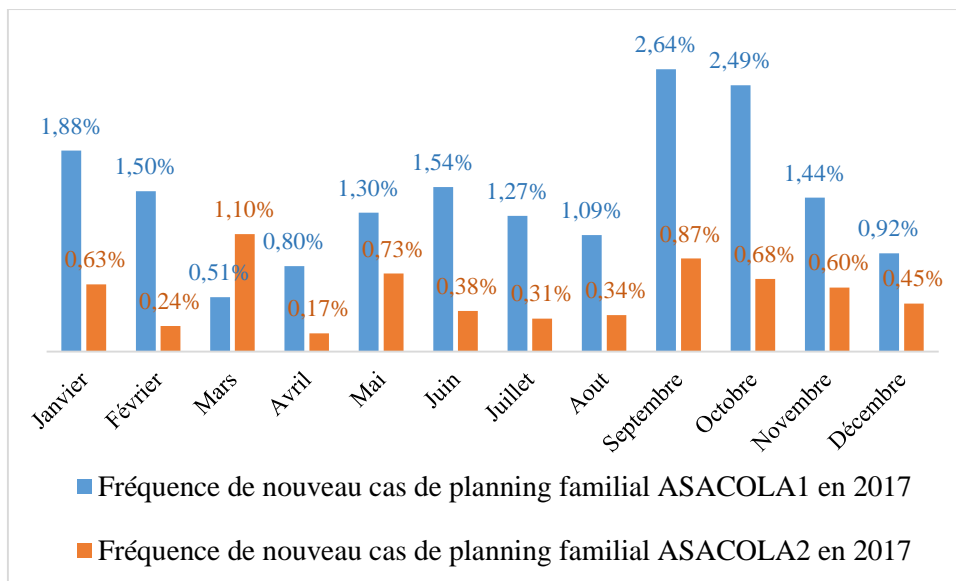
**Figure 18 :** Evolution mensuelle de la consultation prénatale des deux ASACOLA en 2017

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution de CPN en 2017 par rapport à l'ASACOLA2 et les deux ASACOLA avaient réalisé le plus de CPN au mois de mai avec 3,45% à l'ASACOLA1 et 0,48% à l'ASACOLA2



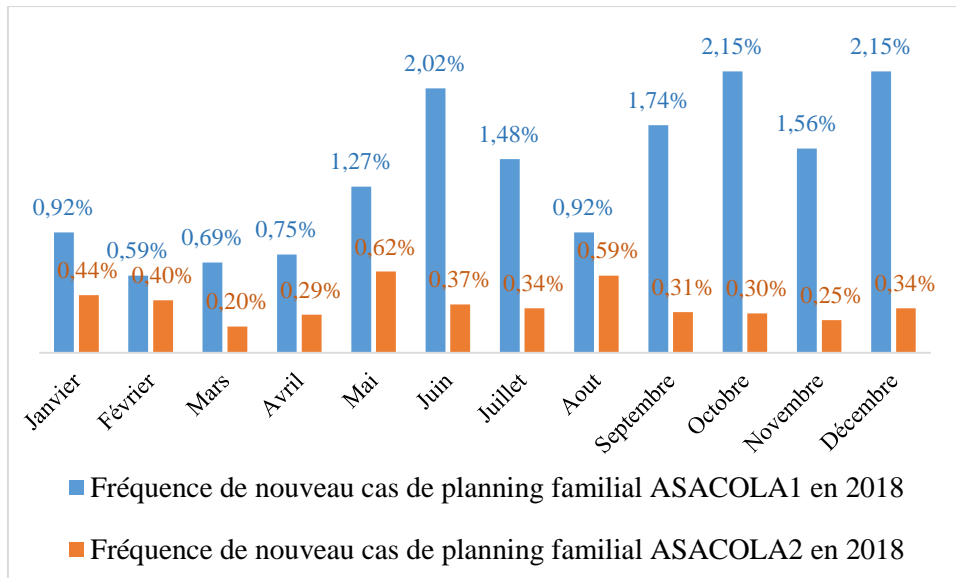
**Figure 19 :** Evolution mensuelle de la consultation prénatale des deux ASACOLA en 2018

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution de CPN en 2018 par rapport au CSCOM2. Le CSCOM1 avait réalisé le plus de CPN au mois d'août avec 2,44% et le CSCOM2 au mois de janvier avec 0,46%



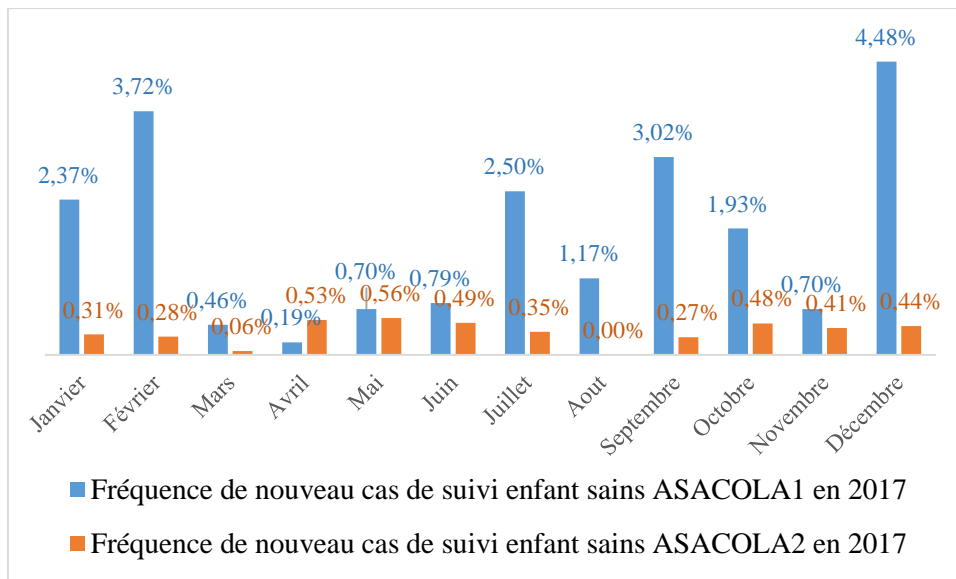
**Figure 20 :** Evolution mensuelle du planning familial en 2017 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution de planning familial que l'ASACOLA2 et avait effectué le plus de PF au mois de septembre avec 2,64%



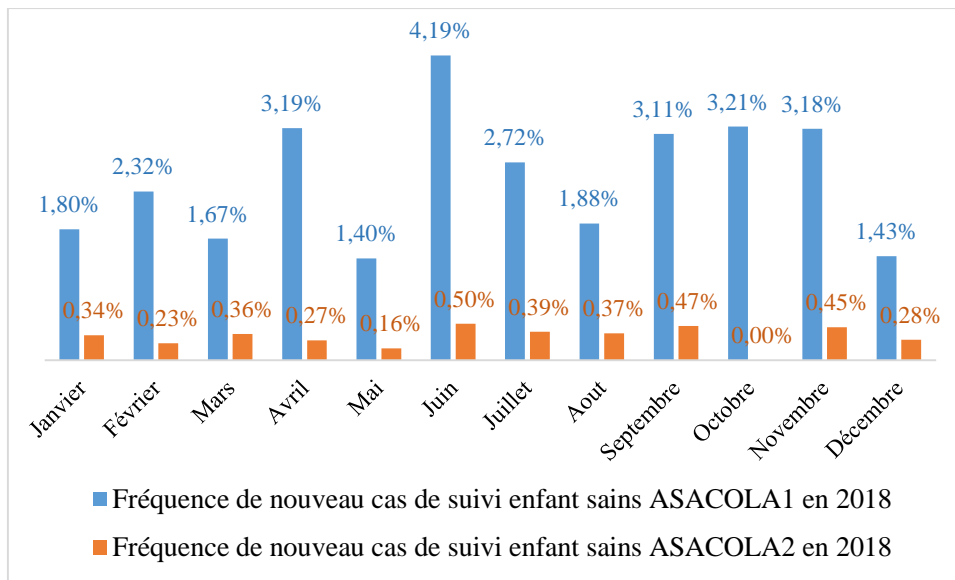
**Figure 21 :** Evolution mensuelle du planning familial en 2018 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution de planning familial en 2018 que l'ASACOLA2 et avait effectué le plus de PF au mois d'octobre et de décembre avec 2,15%



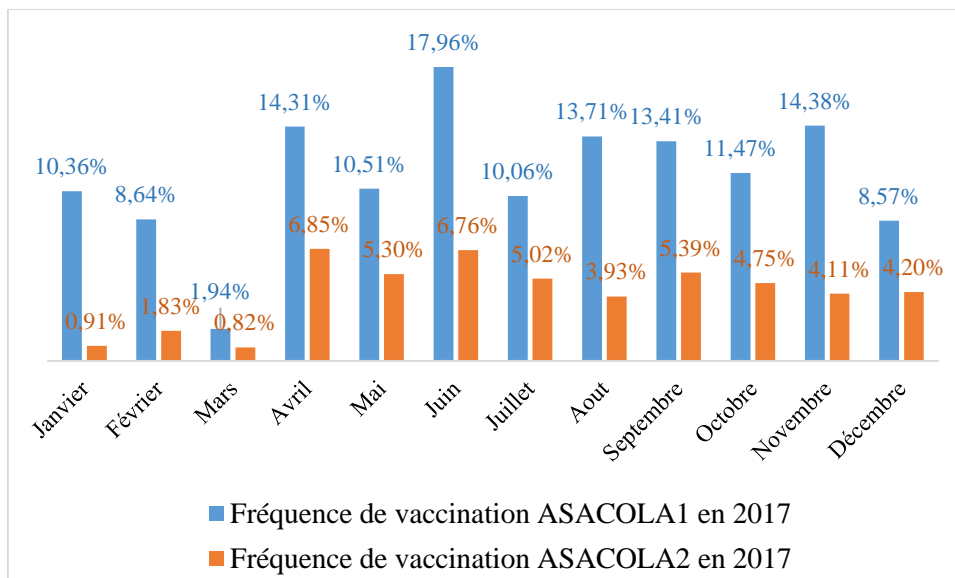
**Figure 22 :** Evolution mensuelle de suivi enfant sains en 2017 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 en 2017 présentait une meilleure évolution de suivi enfant sains qu'à l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait réalisé son meilleur taux de suivi enfant sains au mois de décembre avec 4,48% et l'ASACOLA2 au mois de mai avec 0,56%



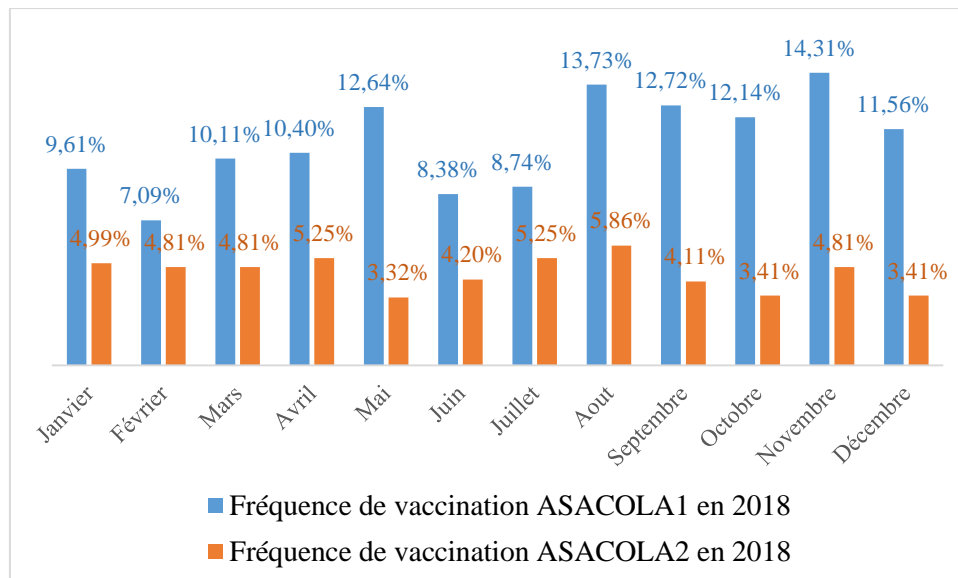
**Figure 23 :** Evolution mensuelle de suivi enfant sains en 2018 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 en 2018 présentait une meilleure évolution de suivi enfant sains qu'à l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait réalisé son meilleur taux de suivi enfant sains au mois de juin avec 4,19% et l'ASACOLA2 au mois d'avril avec 3,19%



**Figure 24 :** Evolution mensuelle de vaccination en 2017 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution du taux de vaccination que l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait effectué le plus de vaccination au mois de juin avec 17,79% et l'ASACOLA2 au mois d'avril avec 6,85%



**Figure 25 :** Evolution mensuelle de vaccination en 2018 des deux ASACOLA

L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution du taux de vaccination que l'ASACOLA2. L'ASACOLA1 avait effectué le plus de vaccination au mois d'août avec 14,31% et l'ASACOLA2 au mois d'août également avec 5,86%

## **VI. Discussion**

Le choix de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 a été favorisé par :

- ✓ La différence du niveau de fréquentation ;
- ✓ La présence d'une structure sanitaire publique à proximité des deux centres.

L'enquête a été réalisée auprès des membres du Conseil d'Administration et du Comité de Gestion, auprès des personnels et des usagers qui se sont portés disponibles à répondre à nos questions.

Le but de notre étude était d'évaluer les déterminants de la gestion et la viabilité des CSCOM dans la commune IV du District de Bamako.

### **VI 1. Organisation et Fonctionnement de l'ASACOLA1 et 2**

#### **6.1.1. Conseil d'Administration des ASACOLA**

L'idée de la création des ASACO venait de la communauté à l'ASACOLA1 mais aussi des élus et des autorités sanitaires à l'ASACOLA2 ; ceci traduit l'implication de la communauté à prendre en charge ses propres besoins de santé.

Le conseil d'administration de l'ASACOLA1 avait un effectif de 17 membres dont 3 femmes tous élus en AG ce nombre était supérieur à celui retrouvé dans le Décret 05-299 [17] qui fixe le nombre de membre à 16 personnes et inférieur au résultat retrouvé chez SACKO H. dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOHAM qui était de 21 membres dont 5 femmes [20].

Le conseil d'administration de l'ASACOLA2 avait un effectif de 11 membres dont 4 femmes tous élus en AG ce nombre était inférieur à celui retrouvé dans le Décret 05-299 [17] et inférieur à celui de l'ASACOLA1.

Le CA de l'ASACOLA1 a tenu une assemblée générale sur les deux années 2017 et 2018 et celui de l'ASACOLA2 n'a pas précisé une date pour les deux AG. Ce résultat était proche de celui de SACKO H. dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOHAM [20] ou le CA avait fait deux ans sans AG.

Ceci pourrait être un handicap à la bonne gestion des ASACO.

Les deux ASACO avaient signé la convention d'assistance mutuelle avec la Mairie ce qui montre le respect du texte de la FENASCOM par ces ASACO. Ce résultat était similaire à celui de SACKO.H dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOHAM [20].

Il y'avait dans les locaux du CSCOM1 une salle au nom de l'ASACOLA1 par contre l'ASACOLA2 n'en avait pas.

### **6.1.2. Comité de Gestion des ASACOLA**

Les membres du CG étaient tous élus par le CA et étaient au nombre de 6 à l'ASACOLA1 et au nombre de 5 à l'ASACOLA2. Ces chiffres étaient proches et égaux à celui retrouvé dans le Décret 05-299 [17] qui est au nombre de 5 membres.

Les rencontres à l'ASACOLA1 étaient mensuelles. Le centre a tenu 12 rencontres en 2017 et 11 en 2018, par contre ce nombre n'était pas connu à l'ASACOLA2. Les DTC participaient aux rencontres. Ces résultats montrent que l'ASACOLA1 était plus organisée que l'ASACOLA2.

Les deux associations n'avaient pas de fonds en dehors de ceux générés par leur CSCOM. Ce résultat est conforme à celui de TRAORE M. dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOGA [12] et différent à celui de SACKO H. dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOHAM qui bénéficiait du soutien des ANGEVIENS [20]. Ce qui montre un déficit de partenariats ou d'entretien de relation avec les partenaires.

Ce résultat ne respecte pas le principe de création et de fonctionnement des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) qui repose sur le recouvrement des coûts et la participation communautaire au financement et à la gestion de leur santé [21].

### **6.1.3. Opinion du personnel sur la gestion des CSCOM par les ASACO**

#### **6.1.3.1. Modes de paiement**

Les personnels au compte des ASACO étaient les plus représentés à l'ASACOLA1 en 2018 avec 44,82% du personnel et moins représentés à l'ASACOLA2 en 2018 avec 26,32%.

Dans l'étude de SANAMA DC. réalisée en 2010 à l'ASACOBOUL1 et 2, la majorité des travailleurs était au compte de l'ASACO; soit 57,1% à l'ASACOBOUL1 et 78,6% à l'ASACOBOUL2[22]. Ces écarts pourraient s'expliquer par la différence de capacité financière des ASACO et du nombre de personnel par ASACO.

#### **6.1.3.2. Niveau de satisfaction**

Le personnel était satisfait des conditions de travail à l'ASACOLA1 à 85,71% et moins de la moitié du personnel à l'ASACOLA2, soit 41,67%.

Dans l'étude de SANAMA DC. réalisée en 2010 à l'ASACOBOUL1 et 2, plus de 50% du personnel était satisfait des conditions de travail [22]. Cela pourrait s'expliquer par la qualité de la gestion interne des ASACO.



### **6.1.3.3. Ancienneté**

A l'ASACOLA1 42,86% des personnels avaient une ancienneté de service de 21 ans et plus, par contre à l'ASACOLA2 seulement 8,33% avaient une ancienneté de service de 21 ans et plus. Ces résultats montraient une meilleure fidélisation du personnel de l'ASACOLA1 avec son ASACO que celui de l'ASACOLA2.

Dans l'étude de DIARRA A. réalisée en 2010 à l'ASACROYIR, 5,3% du personnel avait une ancienneté de 12 ans [23]. Cette différence avec notre résultat peut être due à l'ancienneté de nos deux ASACOLA par rapport à l'ASACROYIR.

### **6.1.3.4. Motivation du personnel**

La motivation était appréciée de 85,71% du personnel à l'ASACOLA1 et 50% à l'ASACOLA2. Cette différence pourrait s'expliquer par l'octroi de primes et encouragement reçus par le personnel de l'ASACOLA1.

Dans l'étude de DIARRA A. réalisée en 2010 à l'ASACROYIR, 100% du personnel était motivé [23]. Cet écart s'expliquerait par l'existence d'autres pratiques plus attrayantes.

### **6.1.3.5. Formation du personnel**

A l'ASACOLA1 plus de la moitié du personnel, soit 57,14% ont confirmé avoir reçu une formation de la part de l'ASACO et à l'ASACOLA2 seulement 25% avaient reçu une formation de la part de l'ASACO.

A l'ASACOHAM, SACKO H. dans son étude en 2015 trouvait que le quart du personnel, soit 25,0% avaient bénéficié de formation [20] et à l'ASACOBENKADI, SY F. dans son étude en 2015 trouvait que la majorité du personnel soit 80,0% avaient bénéficié de formation [24].

Ces résultats nous montrent qu'il y'a plus d'opportunité, de formation interne et de renforcement des capacités.

### **6.1.3.6. Gestion de l'ASACO**

Le personnel avait affirmé avec un taux de 57,14% que la gestion de leur centre par l'ASACOLA1 était bonne contre 50% pour l'ASACOLA2 ou on décrivait une mauvaise gestion de la part de l'ASACO.

Cette différence peut être due aux bonnes conditions de travail et à la perception des salaires à temps du personnel de l'ASACOLA1.

## **VI 2. Niveau de la fréquentation**

Le nombre de consultation médicale a augmenté à l'ASACOLA1 de 51,43% en 2017 à 60,74% en 2018, contrairement à l'ASACOLA2 où nous avons observé une diminution de 2017 à 2018 du niveau de fréquentation respectivement de 6,90% à 6,50%. Cette différence pourrait être dû à la gestion, à la qualité du service offert, à la compétence du personnel, à l'accueil et à la satisfaction des usagers.

Dans l'étude de TAMBOURA A. en 2006 à l'ASACODJE, on note une évolution croissante des consultations médicales de 2001-2002 soit respectivement de 9 211(36,8%) à 11 096(42,5%). Le taux de couverture a régressé de 2002 (42,5%) à 2004 (31,4%) soit de 10 890 à 8 938 [26]. Ces différences avec notre résultat pourraient être dû au niveau de fréquentation des différents CSCOM mais aussi au fait que TAMBOURA.A a réalisé une étude sur quatre ans.

## **VI 3. Facteurs déterminant la fréquentation**

### **6.3.1. L'âge**

La majorité des usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 avait un âge compris entre 18 et 35 ans, soit respectivement 80,40% et 80,22% ce qui signifie que la population qui fréquentait les CSCOM était majoritairement jeune.

Dans l'étude de SACKO H. réalisée en 2015 à l'ASACOHAM, 56,7% des usagers avaient un âge compris entre 18 et 35 ans [20] et à l'ASACOBENKADI SY F. dans son étude en 2015 trouvait que 67,7% avaient les mêmes tranches d'âge [24]. Ces différences pourraient être dû au fait qu'ils ont réalisé leurs enquêtes au sein de la population à leur domicile.

### **6.3.2. Le sexe**

Le sexe féminin a été le plus représenté, soit 51,83% avec un sexe ratio de 0,93 à l'ASACOLA1 et 60,44% à l'ASACOLA2 avec un sexe ratio de 0,65 ceci peut être dû par le fait que le sexe féminin fréquente plus les centres. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les femmes à l'ASACOLA2 trouvaient le temps d'attente plus court.

Dans les études réalisées en 2015 par TRAORE M. à l'ASACOGA [12] et par SACKO H. en 2015 à l'ASACOHAM [20], la majorité des usagers étaient du sexe féminin soit respectivement 81,7 % et 82,9%. Ces écarts pourraient s'expliquer par la différence de méthodologie utilisée.

### **6.3.3. Moyen de connaissance**

La majorité des usagers avaient connu le CSCOM grâce à un membre de la famille, soit 56,48% à l'ASACOLA1 et 49,45% à l'ASACOLA2. Ces résultats pourraient montrer le faible niveau de sensibilisation des ASACO au sein de leur communauté.

A l'ASACOHAM, en 2015 dans l'étude de SACKO H. la majorité des usagers avaient appris l'existence du CSCOM par un parent, soit 36,3% [20], dans l'étude de TRAORE M. en 2015 à l'ASACOGA avait appris l'existence du CSCOM par un parent soit 38,9% [12] ces résultats sont nettement inférieurs à notre résultat. Plus de la moitié des usagers, soit 61,9% avaient appris l'existence du CSCOM par un parent à l'ASACOBENKADI dans l'étude de SY F. en 2015 [24]. Ce résultat est supérieur à nos résultats. C'est donc une nécessité d'organiser des campagnes de sensibilisation auprès de la population.

#### **6.3.4. L'accessibilité géographique, la satisfaction, l'accueil et l'orientation**

Les centres étaient jugés géographiquement accessibles par les usagers dans les deux ASACOLA respectivement 81,73% à l'ASACOLA1 et 85,71% à l'ASACOLA2, la majorité des usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2 trouvaient que l'accueil et l'orientation étaient bons, soit respectivement 73,09% et 65,38% et les usagers étaient satisfaits des services offerts avec 71,10% et 71,98% respectivement à l'ASACOLA1 et à l'ASACOLA2. Ces résultats montrent que ces facteurs influencent la fréquentation des CSCOM.

A l'ASACOGA en 2015 dans l'étude de TRAORE M. plus de la moitié, soit 59,6% trouvaient que l'accueil et l'orientation dans le centre étaient bons et ils ont observé que 40% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services du CSCOM [12].

Dans l'étude de COULIBALY O. en 2009 à l'ASACKO-NORD les personnes qui se sont rendues dans le centre 91,11% le trouvaient proche des domiciles dont la plus part se rendaient à pied (87,66%) [4].

Selon KEITA M. l'accessibilité géographique reste dans l'ensemble bonne : 82,5% de la population peut accéder à un CSCOM en une demi-heure de marche et à moto, une dizaine de minutes suffisent pour que 80% de la population rallie un CSCOM [25]. Ce résultat est proche du nôtre.

#### **6.3.5. Le temps d'attente**

A l'ASACOLA1, 56,81% des usagers trouvaient que le temps d'attente était long et à l'ASACOLA2, le temps d'attente était considéré court et moyen par respectivement 38,46% et 38,46% des usagers. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'ASACOLA1 est plus fréquenté que l'ASACOLA2.

Dans l'étude réalisée en 2015 à l'ASACOGA, TRAORE M. avait trouvé que moins de la moitié des usagers, soit 46,2% trouvaient le temps d'attente court [12] et selon SACKO H. dans son étude en 2015 à l'ASACOHAM, plus de la moitié des usagers soit, 75,5% trouvaient le temps d'attente court [20]. Ces écarts pourraient être dus à la différence du niveau de fréquentation des centres.

### **6.3.6. Le coût**

Le coût était abordable pour 52,49% à l'ASACOLA1 et à l'ASACOLA2, le coût était bon pour 45,05% des usagers. Ces taux montrent que des efforts doivent être faits pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé.

A l'ASACOBENKADI, dans l'étude de SY F. en 2015 la majorité des usagers, soit 71,9% trouvaient le coût des services de prestations abordable [24] et à l'ASACOHAM dans l'étude de SACKO H. en 2015 plus de la moitié des usagers soit 60,4% trouvaient le coût des services de prestations bon [20]. Ces écarts pourraient être dû à la différence de méthodologie utilisée.

Nous avons trouvé que 14,62% et 12,09% respectivement à l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2, des usagers trouvaient le coût élevé. Ce taux est inférieur à celui de SY F. en 2015 dans son étude à l'ASACOBENKADI, qui était de 27,3% [24].

### **6.3.7. Le motif de fréquentation des CSCOM**

Les usagers de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2, soit respectivement 40,86% et 34,62% ont évoqué comme motif de fréquentation la compétence du personnel. Cette différence peut être dû à la différence de la taille des échantillons.

Dans l'étude de TAMBOURA A. en 2006 à l'ASACODJE, les raisons de la fréquentation du centre de santé étaient liées aux coûts moins élevés des prestations (médicaments 77,6%, tarification 76,5%) à la proximité à 74,9%, à la compétence du personnel à 58,2% [26]. Ces écarts de taux pourraient s'expliquer au fait que TAMBOURA A. a réalisé ses enquêtes dans les concessions des habitants.

## **VI 4. Evolution des performances des CSCOM**

### **6.4.1. Evolution mensuelle des consultations médicales**

Les consultations mensuelles évoluaient en dent de scie dans les deux centres. L'ASACOLA1 avait une meilleure évolution mensuelle que l'ASACOLA2 et ceci peut être dû à la différence du niveau de fréquentation. L'ASACOLA1 avait effectué le plus de consultations au mois d'octobre au cours de l'année 2017 et 2018 avec respectivement 12,07% et 14,41% par contre l'ASACOLA2 avait effectué le plus de consultations en 2017 au mois de septembre avec 11,83% des consultations et en 2018 au mois d'octobre avec 13,53% des consultations. Ces mois sont marqués par le pique de Paludisme qui hausse le niveau de fréquentation.

### **6.4.2. Evolution des accouchements et des activités préventives**

Le nombre d'accouchement et de planning familial a baissé dans les deux ASACOLA, ceci pourrait être dû à un défaut d'approche communautaire.

Le nombre de consultation prénatale et d'enfant vacciné a augmenté dans les deux centres cependant le nombre de suivi enfants sains avait augmenté à l'ASACOLA1 et avait baissé à l'ASACOLA2, ces différences pourraient s'expliquer par l'organisation de causerie entre les usagers et les sages-femmes de l'ASACOLA1.

#### **6.4.3. Evolution des examens complémentaires**

Le plus grand nombre d'examen complémentaire avait été réalisé à l'ASACOLA1 en 2017 et en 2018 par rapport à l'ASACOLA2, soit 23204 (69,18%) et 26694 (77,16%) contre 3617 (6,60%) et 3504 (6,13%). Ces différences pourraient s'expliquer par la différence du niveau de fréquentation dans les deux centres.

Nos résultats sont supérieurs à celui de SY F. en 2015 à l'ASACOBENKADI, ou le plus grand nombre d'examens complémentaires a été réalisé en 2013 avec 1 246 examens complémentaires et en 2012 il était à 796 [24].

L'examen échographique a évolué de 2017 à 2018 avec respectivement 9,04% et 10,75% à l'ASACOLA1, par contre l'échographie n'était pas disponible à l'ASACOLA2. Ceci pourrait aussi influencer la fréquentation dans les centres.

#### **VI 5. Limites et difficultés rencontrées**

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à diverses réticences, critiques et pressions de la part de certains usagers et membres de l'ASACO. La majorité des personnes enquêtées avaient peur des enquêteurs. Un délai d'utilisation des documents nous avait été donné par un membre de l'ASACOLA1 et passé ce délai nous n'aurons plus accès aux informations sur le centre. Nous avons été confrontés à une défaillance du système d'archivage à l'ASACOLA2. Tous nos objectifs n'ont pas été atteints car nous n'avons pas eu accès au bilan financier de l'ASACOLA1 et de l'ASACOLA2.

## **VII. Conclusion**

A la fin de notre étude, nous avons pu déterminer que l'idée de la création des ASACO venait de la communauté et que les ASACO et la communauté avaient joué un rôle important dans la création du CSCOM. On notait une meilleure organisation de l'ASACOLA1 par rapport à l'ASACOLA2 tant à la tenue des AG que des rencontres mensuelles. L'ASACOLA1 avait un siège au sein du centre.

Les personnels étaient majoritairement au compte de l'ASACO à l'ASACOLA1 et au compte de la collectivité à l'ASACOLA2. Plus de la moitié du personnel était satisfait de leurs conditions de travail dans les deux ASACOLA. A l'ASACOLA1, plus de la moitié du personnel et la moitié à l'ASACOLA2 étaient motivés dans leur travail et qualifiaient la gestion des CSCOM bonne. Une amélioration des salaires et primes a été réclamée par certains personnels.

La population cible a évolué dans les deux ASACOLA par contre le niveau de fréquentation en général a baissé à l'ASACOLA2 et a augmenté à l'ASACOLA1.

L'accessibilité géographique, le cout des prestations, l'accueil et l'orientation ont été jugé de bon. Le temps d'attente a été jugé long par plus de la moitié des usagers de l'ASACOLA1 par contre 38,46% des usagers de l'ASACOLA2 l'ont trouvé court et moyen. Peu d'usagers ont connu le CSCSOM à travers l'ASACO.

La plupart des usagers fréquentaient les centres à cause de la compétence du personnel et l'utilisation des CSCOM a évolué de façon progressive à l'ASACOLA1 à plusieurs niveaux contrairement à l'ASACOLA2.

## **VIII. Recommandations**

Au terme de notre étude l'analyse des résultats obtenus nous a permis de faire les recommandations qui suivent :

Pour l'amélioration du niveau de fréquentation :

- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'informations auprès de la population afin qu'elle puisse comprendre et adhérer pleinement à cette idée de santé communautaire et les encourager à prendre part dans la gestion et le financement des CSCOM pour leur propre bien ;
- Développer des systèmes d'accessibilité financière aux soins de santé de premier niveau dont le développement de la micro assurance ;
- Organiser régulièrement les assemblés générales annuelles pour faire le compte rendu financier et technique ;

Pour l'amélioration des déterminants de la fréquentation :

- Créer un véritable service d'accueil pour informer et orienter les clients afin d'améliorer d'avantage la qualité des soins et rendre plus agréable l'attente en les sensibilisant sur les maladies courante ;
- Moins de négligence envers les usagers et plus de rigueur et de concentration aux heures de travail ;
- Réduire le coût de l'accouchement et des examens biologiques.
- Organisation des causeries au niveau de la maternité sur les activités préventives et promotionnelles ;
- Rendre le coût de l'ordonnance accessible à tous ;
- Comptabiliser le frais des soins (injection, perfusion, pansement) directement sur les ordonnances.

Pour l'amélioration de la gestion et des performances des CSCOM :

- Recruter plus de personnel médical surtout pour les centres à forte fréquentation pour réduire le temps d'attente des usagers ;
- Rendre le personnel disponible durant les 24h de la journée ;
- Améliorer les conditions de vie et de travail du personnel ;
- Doter les CSCOM d'échographie et aider les centres à améliorer leur laboratoire d'analyse médical ;
- Assurer la formation et le recyclage des personnels des CSCOM ;
- Améliorer la qualité des soins ;

- Agrandir les salles de consultation, de repos et d'attente pour le confort des usagers ;
- Chercher des partenaires pour la construction d'un local de maternité différent de celui du dispensaire pour une meilleure organisation du service ;
- Organisations d'une vaste campagne de sensibilisation au sein de la population sur les avantages des activités préventives et des accouchements dans un centre de santé ;
- Instaure un système d'audit des CSCOM.



## **IX. Références bibliographiques :**

- [1] Konate M, Kanté B, Djènèpo F., « Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali: Etude de cas en milieu urbain et rural - Recherche Google ». [En ligne]. Disponible sur:  
[http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/F4478C9C2C2D0794C1256E200039D082/\\$file/konate.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/F4478C9C2C2D0794C1256E200039D082/$file/konate.pdf). [Consulté le: 15-déc-2019].
- [2] Iknane A, Balique H, Diawara A, Konate S., « La santé communautaire au Mali: Acquis, enjeux et perspectives après deux décennies de mise en oeuvre | Mali Santé Publique ».
- [3] O. Ouattara, A. Boré, et M. Traoré, Évaluation de la santé communautaire au Mali. 2018.
- [4] Coulibaly O, « EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS DANS LE CSCOM DE KOROFINA NORD “ASACONORD” - Google Scholar ». [En ligne]. Disponible sur:  
<https://scholar.google.com/scholar?client=firefox-b-d&uact=5&um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:3r15VzFmE-OEBM:scholar.google.com/>. [Consulté le: 15-déc-2019].
- [5] N. SISSOKO, « PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE 2014-2018 (PRODESS III) ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ml/index.php/2014-11-10-17-29-36/documents-politiques22/item/2211-programme-de-developpement-socio-sanitaire-2014-2018-prodess-iii>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [6] « Annuaire SNISS 2015 ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.sante.gov.ml/index.php/evenements/conferences/item/2831-annuaire-sniiss-2015>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [7] A. SAMASSEKOU, « Atelier national de restitution de l'évaluation du système de santé du Mali 2015 à l'IERGG (ex maison des Aînés) ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/ateliers/item/2778-atelier-national-de-restitution-de-l-evaluation-du-systeme-de-sante-du-mali-2015-a-l-iergg-ex-maison-des-aines>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [8] « Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js22080fr/>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [9] M. Audibert et al., « Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation. Avril 2005. Département du développement humain. Région Afrique. Banque mondiale - Recherche Google ». [En ligne]. Disponible sur:  
[http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEducation/Resources/444659-1210786813450/H\\_Mali\\_sante\\_fr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEducation/Resources/444659-1210786813450/H_Mali_sante_fr.pdf). [Consulté le: 23-déc-2019].

- [10] Y. Ongoiba, « Thèse de médecine fréquentation du CSCOM de Kalaban coro - Recherche Google ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M352.pdf>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [11] S. Motamed, « Qu'est-ce que la santé communautaire ? », Inf. Psychiatr., vol. Volume 91, n° 7, p. 563-567, sept. 2015.
- [12] M. TRAORE, « Viabilité du centre de santé communautaire de Garantibougou en commune V du District de Bamako - Recherche Google ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2015/med/pdf/15M182.pdf>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [13] H. Balique, O. Ouattara, et A. A. Iknane, « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », Sante Publique (Bucur.), vol. Vol. 13, n° 1, p. 35-48, 2001.
- [14] A. SAMASSEKOU, « Présentation sur la carte sanitaire ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/2925-presentation-sur-la-carte-sanitaire>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [15] K. KANTA, « Utilisation des services de santé et perception de qualité these 2007 - Recherche Google ». [En ligne]. Disponible sur:  
<http://www.keneya.net/fmpos/theses/2007/med/pdf/07M165.pdf>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [16] « 16 ème EDITION DE LA JOURNEE DE L'ORDRE DES PHARMACIENS COMMUNICATION DE LA FENASCOM ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES DE GESTION. - ppt télécharger ». [En ligne]. Disponible sur:  
<https://slideplayer.fr/slide/11698962/>. [Consulté le: 23-déc-2019].
- [17] « Décret 05-299 Conditions de création des Cscm ». [En ligne]. Disponible sur:  
[http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com\\_content&task=view&id=272&Itemid=91](http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=272&Itemid=91). [Consulté le: 31-déc-2019].
- [18] « Secrétariat Général Mairie commune IV : MONOGRAPHIE C IV DB.doc ». .
- [19] « Memoire Online - Etude des stratégies de communication utilisées dans la lutte contre le paludisme au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako. - Makandjamba KEITA ». [En ligne]. Disponible sur:  
[https://www.memoireonline.com/10/10/3959/m\\_Etude-des-strategies-de-communication-utilisees-dans-la-lutte-contre-le-paludisme-au-centre-de-san12.html](https://www.memoireonline.com/10/10/3959/m_Etude-des-strategies-de-communication-utilisees-dans-la-lutte-contre-le-paludisme-au-centre-de-san12.html). [Consulté le: 10-août-2020].
- [20] H. SACKO, « Viabilité du Centre de Santé Communautaire de Hamdallaye en Commune IV du District de Bamako. », Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2015.
- [21] J.-B. Falisse, « Série "25 ans de l'Unitative de Bamako": l'expérience des ASACO au Mali. », avr. 2012.

- [22] D. C. C. D. SANAMA, « Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako. », Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2010.
- [23] A. DIARRA, « EVALUATION DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE YIRIMADIO DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO. », Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2010.
- [24] F. M. SY, « EVALUATION DE LA VIABILITE DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BENKADI EN COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO. », Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2015.
- [25] M. KEITA, « Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits « modernes » dans le district de Bamako. », juin 2018.
- [26] A. M. TAMBOURA, « EVALUATION DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE DJELIBOUGOU (ASACODJE) DE 2001 A 2004. », Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2006.

## X. ANNEXES

### FICHE SIGNALÉTIQUE



**Nom :** SOMBORO

**Email :** [aapsomboro@gmail.com](mailto:aapsomboro@gmail.com)

**Prénom :** Aboubacar André  
Pascal

**Année Universitaire :** 2019-2020

**Ville de soutenance :** Bamako

**Nationalité :** Malienne

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque FMOS/FAPH

**Secteur d'intérêt :** Santé Publique

Evaluation de la gestion de deux centres de santé communautaire (CSCOM) de Lafiabougou en commune IV du district de Bamako au Mali.

**Résumé :** Le système de santé malien est de type pyramidal tiré de l'initiative de Bamako sur les soins de santé primaires. Les ASACO fonctionnant sur la base d'activités génératrices de fonds, rencontrent d'énormes difficultés dues à la qualité de leur gestion. L'objectif était d'évaluer les déterminants de la gestion de deux CSCOM de Lafiabougou en commune IV.

C'est une étude transversale à visée descriptive. A partir d'un échantillonnage par commodité, nous avons réalisé une étude mixte auprès du personnel technique, administratif et des usagers. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI INO 7 et en faisant une retranscription des données en texte.

Notre étude a montré que les organes des ASACO étaient mise en place par la communauté et fonctionnaient avec quelques insuffisances ; le nombre de personnel avait évolué dans les deux ASACOLA et était au compte de l'ASACO à 44,82% à l'ASACOLA1 et 26,32% l'ASACOLA2 ; la majorité du personnel des deux ASACOLA étaient satisfait de la gestion des centres. La consultation médicale avait augmenté à l'ASACOLA1 entre 2017 à 2018 respectivement de 51,43% à 60,74% et baissé à l'ASACOLA2 de 6,90% à 6,50% par rapport à la population cible. Le sexe féminin était le plus représenté dans les deux ASACOLA avec un sexe ratio de 0,93 à l'ASACOLA1 et 0,65 à l'ASACOLA2. Les usagers avaient connu le CSCOM grâce à un membre de leur famille dans 56,48% des cas à l'ASACOLA1 et 49,45% à l'ASACOLA2. Les ASACOLA étaient géographiquement accessibles pour 81,73% et 85,71% des usagers respectivement à l'ASACOLA1 et à l'ASACOLA2 ; La compétence du personnel incitait 40,86% des usagers de l'ASACOLA1 et 34,62% des usagers de l'ASACOLA2 à revenir dans les CSCOM. L'ASACOLA2 ne disposait pas d'échographie.

A la fin de l'étude, nous avons pu déterminer que l'ASACOLA1 était mieux organisé. Plus de la moitié du personnel étaient satisfaits de leur condition de travail dans les deux ASACOLA. La plupart des usagers fréquentaient les centres à cause de la compétence du personnel.

**Mots clés :** Fréquentation, Usagers, CSCOM, ASACOLA, Gestion, Mali.

## DATA SHEET



**Name:** SOMBORO

**Email:** [aapsomboro@gmail.com](mailto:aapsomboro@gmail.com)

**First name:** Aboubacar André  
Pascal

**Academic year:** 2019-2020

**Town of graduation:** Bamako

**Nationality:** Malian

**Place of deposit:** FMOS/FAPH library

**Sector of interest:** Public Health

Evaluation of the management of two community health centers (CSCOM) of Lafiabougou in commune IV of the district of Bamako in Mali.

### Summary:

The Malian health system is of the pyramid type drawn from the Initiative of Bamako on primary health care. The ASACOs operating based on fund-generating activities encounter enormous difficulties due to the quality of their management. The objective was to assess the determinants of the management of two CSCOMs of Lafiabougou in commune IV.

This is a descriptive cross-sectional study. From a sample for convenience, we carried out a mixed study among technical, administrative and user staff. The data were entered and analyzed on the EPI INO 7 software and by transcribing the data into text.

Our study showed that the organs of the ASACOs were set up by the community and functioned with some inadequacies; the number of staff had changed in the two ASACOLAs and was at 44.82% ASACO at ASACOLA1 and 26.32% at ASACOLA2; the majority of the staff of the two ASACOLAs were satisfied with the management of the centers. The medical consultation had increased at ASACOLA1 from 2017 to 2018 respectively from 51.43% to 60.74% and decreased at ASACOLA2 from 6.90% to 6.50% compared to the target population. The female sex was the most represented in the two ASACOLAs with a sex ratio of 0.93 at ASACOLA1 and 0.65 at ASACOLA2. The users had known the CSCOM thanks to a member of their family in 56.48% of the cases in the ASACOLA1 and 49.45% in the ASACOLA2. The CSCOMs were geographically accessible for 81.73% and 85.71% of users respectively at ASACOLA1 and ASACOLA2; the competence of the staff encouraged 40.86% of ASACOLA1 users and 34.62% of ASACOLA2 users to return to the CSCOMs. ASACOLA2 did not have an ultrasound.

At the end of the study, we were able to determine that ASACOLA1 was better organized. More than half of the staff were satisfied with their working conditions in the two ASACOLAs. Most of the users frequented the centers because of the competence of the staff.

**Keywords:** Frequentation, Users, CSCOM, ASACOLA, Management, Mali.



19. Avec qui la convention d'assistance mutuelle a été signée ? 1-CSRef /... / 2-Mairie/.../
20. Est-ce que le respect des engagements sont-ils tenus ?
1. Etat 1-oui /... / 2-non /... /
2. CSCOM 1-oui /... / 2-non /... /
21. Est-ce que la caisse de référence-évacuation est régulièrement alimentée ?
- 1-oui /... / 2-non /... /
- Si oui quelle est la périodicité ?.....
- Si non pourquoi ?.....
22. Est-ce que le principe de recrutement du personnel contractuel est-il respecté ?
- 1-oui /... / 2-non /... /
- Si non pourquoi ?.....
23. Quel est le nombre de personnel dans le CSCOM ?.....
24. Quels sont les niveaux de qualification du personnel ?
- 1-Médecin /... / 2-Infirmier /... / 3-Sage-femme /... /
- 4-Infirmière obstétricienne /... / 5-Matronne /... / 6-Autres à préciser.....
25. Quelle est la nature de paiement du personnel ?
- 1-Etat /... / 2-Collectivités /... / 3-Recouvrements ASACO /... /
- 4-Autres à préciser.....
26. L'association a-t-elle un siège différent du CSCOM ? 1-oui /... / 2-non /... /
27. Quel est votre opinion sur la performance du CSCOM ?.....
28. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son CSCOM .....
- .....

Questionnaires adressés aux membres du conseil de gestion de l'ASACO pour l'enquête prospective.

I. Identification

Nom de la structure : Durée au poste :

Quartier : Poste occupé :

Nom : Prénoms :

II. Fonctionnement du conseil de gestion

1. Les membres du bureau du 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 membre compte le bureau ?.....

3. Avez-vous suivis une formation sur la gestion aux cours de votre mandat ?

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

Si non pourquoi ?.....

4. Tenez-vous des réunions ? 1-oui /... / 2-non /... /

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

Si non pourquoi ?.....

5. Combien de réunion avez-vous tenus ?

1-Au cours de l'année 2017 ?.....

2-Au cours de l'année 2018 ?.....

6. Le directeur technique du CSCOM participe-t-il aux réunions ?

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

Si non pourquoi ?.....

7. Les procès-verbaux sont-ils disponibles ? 1-oui /... / (à voir) 2-non /... /

8. Tous les membres du bureau sont-ils réguliers aux réunions ? 1-oui /... / 2-non /... /

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

9. A quel rythme les comptes sont-ils vérifiés ?.....

Et par qui ?.....

10. Qui ordonne le décaissement des fonds ? 1-President /... / 2-Tresorier /... /

3-Médecin /... / 4-Autres :.....

11. Les rapports de la situation comptable des années :

1-2017 sont-ils disponibles ? 1-oui /... / 2-non /... /

Si non pourquoi ?.....

2-2018 sont-ils disponibles ? 1-oui /... / 2-non /... /

Si non pourquoi ?.....





Fiche de dépouillement des activités pour l'enquête rétrospective

1. Tableau 1 : Activités menées dans le centre au cours des deux dernières années

Années \ Activités	2017	2018
Consultations médicales		
Consultations prénatales		
Accouchements		
Consultations post-natales		
Planning familial		
Vaccinations		
Suivi des enfants sains		
Echographies		

2. Tableau 2 : Analyses réalisées par le laboratoire du CSCOM au cours des deux dernières années

Années \ Types d'analyses	2017	2018
Hématologie		
Parasitologie		
Bactériologie		
Autres		

3. Tableau 3 : Evolution du nombre de personnel durant ces deux dernières années pour l'enquête rétrospective.

Années	2017	2018
Type de personnel		
Médecin		
Technicien supérieur de santé		
Sage-femme		
Infirmière obstétricienne		
Infirmier		
Matrone		
Aide-soignant		
Technicien de laboratoire		
Gérant de dépôt (Pharmacie)		
Comptable/Gestionnaire		
Ambulancier		
Gardien		
Autres		
Total		

4. Existe-il un compte de bilan annuel ? 1-oui /.... / 2-non /.... /  
 Si non pourquoi ?.....
5. Existe-il un registre des équipements disponibles ? 1-oui /.... / 2-non /.... /  
 Si non pourquoi ?.....
6. Existe-il un plan d'amortissement ? 1-oui /.... / 2-non /.... /  
 Si non pourquoi ?.....

Questionnaires adressés aux personnels du CSCOM pour l'enquête prospective.

Fiche N° :..... Aire de santé :.....

Nom :..... Prénoms :.....

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

Age :..... Sexe :.....

1. Quelle est votre ethnie ? : 1- Bambara /... / 2-Bozo /... / 3-Dogon /... / 4-Malinké /... / 5- Senoufo /... / 6- Sonhrai /... / 7- Soninké /... / 8-Peulh /... / 9-Autres à préciser .....
2. Quelle est votre religion ? 1- Musulmane /... / 2- Chrétienne /... / 3- Autres à préciser ?.....
3. Depuis quand travaillez-vous au CSCOM ?.....
4. Est-ce que le personnel fait des rencontres ? 1-oui /... / 2-non /... /  
Si oui à quelle fréquence ? .....  
Si non pourquoi ?.....
5. Est-ce que le Centre s'est fixé des objectifs ? 1-oui /... / 2-non /... /
6. L'association aide t'elle le CSCOM à atteindre ces objectifs ? 1- oui /... / 2- non /... /
7. Est-ce que vos conditions de travail sont satisfaisantes ? 1-oui/... / 2-non /... /  
Si non qu'est-ce qu'il faut pour améliorer ces conditions ?.....  
.....
8. Est-ce que vous êtes motivés dans vos travaux ? 1-oui /... / 2-non /... /  
Si oui quelle est cette source de motivation ?.....  
Si non pourquoi ?.....
9. Etes-vous soigné gratuitement ? 1-oui / ... / 2-non /... /
10. Vos parents bénéficient-ils des avantages spéciaux dans leur prise en charge ?  
1-oui /... / 2-non /... /
11. Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs séance(s) de formation(s) de la part de l'ASACO et/ou du CSCOM ? 1-oui /... / 2-non /... /  
Si oui quel(s) type(s) ?.....
12. Avez-vous déjà bénéficié d'une promotion de l'ASACO ou du CSCOM ?  
1-oui /... / 2-non /... /  
Si oui quel type ?.....
13. Souhaiterez-vous avoir une formation complémentaire ? 1-oui/... / 2-non /... /  
Si oui la quelle ?.....
14. Est-ce que le CSCOM reçoit des missions d'évaluation ? 1-oui /... / 2-non /... /  
Si oui d'où viennent ces missions ?.....

15. Comment jugerez-vous les relations entre les membres du personnel ?.....
16. Qui est chargé de la gestion des conflits entre le personnel ?.....
17. Comment les ressources générées sont-elles réinvesties ?
- 1-Renouvellement du plateau technique /.... /
  - 2-Amélioration du salaire des personnels /.... /
  - 3-Autres :.....
18. Que pensez-vous de la gestion du CSCOM ?.....
- .....
19. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le système de gestion ?.....
- .....
20. Y'a-t-il une ou plusieurs causes pouvant réduire l'utilisation des services offerts par le CSCOM ? 1-oui /.... / 2-non /.... /
- Si oui les quelles ?
- 1-Barrière culturelle /.... /
  - 2-Accessibilité géographique /.... /
  - 3-Accessibilité financière /.... /
  - 4-Présence d'une structure sanitaire publique à proximité /.... /
  - 5-Autres :.....
21. Quelles sont vos propositions pour une meilleure performance du CSCOM ?.....
- .....

Questionnaires adressés aux usagers pour l'enquête prospective.

Fiche N° :..... Aire de santé :.....

Nom :..... Prénoms :.....

Age :..... Sexe :.....

1. Quelle est votre ethnie ? : 1- Bambara /.../ 2-Bozo /.../ 3-Dogon /.../ 4-Malinké /.../ 5- Senoufo /.../ 6- Sonhrai /.../ 7- Soninké /.../ 8-Peulh /... /  
9-Autres à préciser :.....
2. Quelle est votre religion ? 1-Musulmane /... / 2- Chrétienne /... / 3-Autres à préciser.....
3. Niveau d'alphabétisation ? 1. Primaire /.../ 2. Secondaire/.../ 3. Supérieur /... /  
4. Ecole coranique /... / 5. Non scolarisé /... /
4. Quel est votre statut matrimonial ? 1- Marié /.../ 2- Célibataire /.../ 3- Divorcé /... / 4- Veuve /... /
5. Par quel moyen avez-vous connu le CSCOM ? 1- Famille /... / 2- Ami /... / 3- Voisin /... / 4- Radio /... / 5- ASACO /... /  
6- Autres à préciser :.....
6. Quelle est votre provenance ?.....
7. Quel est votre rythme de fréquentation du CSCOM ?.....et pour quel raison ?.....
8. Le centre vous est-il accessible géographiquement ? 1-oui/... / 2-non/ ... /
9. Comment trouvez-vous l'accueil et l'orientation dans le centre ?  
1- Très bon /... / 2- Bon /... / 3- Moyen /... / 4- Pas bon /... /
10. Comment trouvez-vous le temps d'attente ?  
1- Court /... / 2- Moyen /... / 3- Long /... / 4- Très long /... /
11. Quel est la nature de votre consultation ?  
1. Consultation Médicale /... / 2. Consultation Périnatale /... /  
3. Accouchement /... / 4. Consultation postnatale /... /  
5. Autres :.....
12. Etes-vous informé de votre diagnostic lors de vos consultations 1-oui /... / 2-non /... /
13. Votre ordonnance a-t-elle été expliquée ? 1-oui / ... / 2-non /... /
14. Quel est votre niveau de satisfaction des services offerts ?  
1. Très satisfait /... / 2. Satisfait /... /  
3. Peu satisfait /... / 3. Pas satisfait /... /
15. Que pensez-vous du cout des différentes prestations au CSCOM ?  
1- Bon /... / 2- Abordable /... / 3- Elevé /... /

16. Possédez-vous une carte d'adhésion ? 1-oui /.../ 2-non /.../  
Si non pourquoi ?.....
17. Renouvelez-vous votre carte d'adhésion ? 1-oui /.../ 2-non /.../  
Si non pourquoi ?.....
18. Etes-vous prêt à revenir au centre pour d'autre prestation? 1-oui/.../ 2-non /.../  
Si oui pour quelle raison ? 1-Tarif abordable /.../ 2-Acueil du personnel /.../  
3- Disponibilité du personnel /.../ 4- Compétence du personnel /.../ 5- Qualité du service /.../ 6- Médicament peux chère /.../ 7- Proximité /.../  
Si non pourquoi ?.....
19. Que pensez-vous du personnel du CSCOM ?.....  
.....
20. Conseillerez-vous à vos proches de venir pour des prestations au CSCOM ?  
1- Oui /.../ 2- non /.../  
Si oui pour quelle raison ?.....  
Si non pourquoi ?.....
21. Connaissez-vous une grande structure sanitaire publique à proximité du CSCOM ?  
1-oui /.../ 2-non /.../  
Si oui pour quelle raison vous avez choisis de venir au CSCOM ?.....  
.....
22. Etes-vous satisfait de la gestion du CSCOM ? 1- oui /.../ 2- non/.../  
Si oui pour quelle raison ?.....  
Si non pourquoi ?.....  
.....
23. Etes-vous satisfait des services offerts par le CSCOM ?1-oui /.../ 2-non /.../
24. Que suggérez-vous au CSCOM pour l'amélioration de sa performance ?.....

## **SERMENT D`HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!!!!



## Table des Matières

<b>I. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>II 1. Objectif Général .....</b>	<b>3</b>
<b>II 2. Objectifs Spécifiques .....</b>	<b>3</b>
<b>III. Généralités.....</b>	<b>4</b>
<b>IV. Méthodologie .....</b>	<b>13</b>
<b>IV 1. Cadre d'étude .....</b>	<b>13</b>
<b>IV 2. Type et période d'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>IV 3. Population d'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>IV 4. Echantillonnage.....</b>	<b>18</b>
<b>IV 5. Procédure de l'étude.....</b>	<b>18</b>
<b>IV 6. Technique et outil de collecte des données.....</b>	<b>18</b>
<b>IV 7. Variables .....</b>	<b>19</b>
<b>IV 8. Saisie et analyse des données.....</b>	<b>21</b>
<b>IV 9. Considérations éthiques.....</b>	<b>21</b>
<b>V. Résultats.....</b>	<b>22</b>
<b>V 1. Organisation et fonctionnement des ASACOLA1 et ASACOLA2 .....</b>	<b>22</b>
<b>V 2. Détermination du niveau de fréquentation des deux ASACOLA en 2017 et 2018.....</b>	<b>31</b>
<b>V 3. Identification des facteurs déterminants la fréquentation des deux CSCOM .....</b>	<b>34</b>
<b>V 4. L'évolution des performances des deux ASACOLA en 2017 et 2018.....</b>	<b>40</b>
<b>VI. Discussion .....</b>	<b>48</b>
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>VIII. Recommandations .....</b>	<b>56</b>
<b>IX. Références bibliographiques :.....</b>	<b>58</b>
<b>X. ANNEXES .....</b>	<b>61</b>

