

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

(FMPOS)



N°

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI



**Titre : ETUDE DE LA PERFORMANCE D'UN
CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE
URBAIN : LE CAS DE L'ASACOBA
DE 1989 à 2008**

Année Universitaire 2009-2010

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie

Et d'Odonto-Stomatologie

Par Mr. Boubacar Moriba TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

PRÉSIDENT:

PROFESSEUR SANOUSI KONATE

MEMBRE :

Docteur ADAMA DIAWARA

MEMBRE:

Docteur HAMADOUN SANGHO

CO-DIRECTEUR:

Docteur AKORY AG IKNANE

DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur MAMADOU SOUNCALO TRAORE

DEDICACES

♥ **A ALLAH**, le tout puissant, le miséricorde ; louange à lui de m'avoir donné la santé, le courage et la conviction de mener ce modeste travail à son terme ; que ton nom soit glorifié à jamais ! « AL HAMDOLILAH »

♥ **Au prophète Mohamed (PSL)**

♥ **A mon père Mr Moriba TRAORE**, la sincérité, la rigueur, le sens de ne compter que sur soit même dans ce monde que vous nous avez tout le temps enseigné nous a permis toujours de chercher à aller de l'avant. Papa je vous aime beaucoup et considérer ce modeste travail comme le votre, puisse « ALLAH » vous garder plus longtemps parmi nous, Amen !

♥ **À ma mère Mme Aoua DIARRA**, femme forte, courageuse, qui n'a ménagé aucun effort pour que ses enfants bénéficient de la meilleure éducation possible. Ce travail est le résultat de vos efforts constants, et de vos bénédictions constantes. Que « ALLAH » vous garde longtemps parmi nous. Amen !

♥ **A ma tante Alimatou FOFANA**, plus qu'une tante vous êtes **tout** pour moi. Je n'ai pas de mots pour vous exprimer tout ce que je pense vous dire ; mais rappelez vous qu'ALLAH est capable de tout et sachez que ce travail est le votre. Qu'ALLAH vous garde le plus longtemps parmi nous pour partager les heureux moments que vous nous avez toujours souhaité. Amen !

♥ **A tonton col. Mamoutou DIARRA et à toute sa famille** depuis Koulouba, tonton c'est le lieu de vous dire encore merci et vous témoigner ma reconnaissance à travers ce travail : considérez que ce travail est le votre aussi.

♥ **A tonton Baya DIARRA, col. Seydou DIAKITE** ainsi qu'à toutes leurs familles depuis Sabalibougou, Kalaban, c'est le lieu de vous exprimer toute ma reconnaissance. Qu'ALLAH récompense vos enfants pour tous ce que vous avez fait pour moi, encore merci, et sachez que ce travail est le votre aussi.

♥ **Aux tontons** : Dramane COULIBALY chef personnel du CHU-Point G,

♥ **Aux tantes** : Saran FOFANA, Baminè, A .BANCOURA, Djènèbou TRAORE, ROKIA

♥ **À mes frères** : Oumar, PAPA, Seydou, Aziz, Modibo tous TRAORE

♥ **À mes sœurs**: Affissatou, Aminata, Mariam, Djènèba, Alima, Awa toutes TRAORE

♥ **A ma fiancée Assitan TRAORE dite « MAMI »**, saches que ton fiancé t'aime plus que tout le monde et je souhaite qu'un jour tu en feras plus que moi. Amen !

♥ **Aux cousins Dramane COULYBALY et famille, cheik salla DIARRA, BAGNINI TRAORE, Mamoutou FOFANA.**

♥ **Aux cousines Fatoumata Bintou, Aminata, Tènè, Ayi** toutes **DIARRA**

♥ **A Feu Adama**, saches que ce travail est le tien aussi ; que la terre te soit légère. Amen !

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de mes études jusqu'à ce travail, je dis encore à toutes et à tous merci pour toujours.

Aux familles de:

♥ **Youssouf DIARRA, Moussa et Lassana TRAORE** toutes à Koulikoro.

♥ **Feu Boubou MAIGA,**

♥ **Djouloum DJEPKILE depuis Sirakorola**

♥ **Dramane, Chaca TRAORE** depuis Banconi, **Alou TRAORE** à Kalaban.

♥ **OUEDRAOGO** à Koulouba plus particulièrement à **Mme Bah Rokia COULIBALY**, plus qu'une « diatigui » vous avez été tous pour mes camarades et moi. Merci encore pour tous ce que vous avez fait pour l'enfant d'autrui ; ALLAH seul pourra vous récompenser.

♥ **A Dr Modibo DIARRA** pour son accueil à l'INRSP.

♥ A tous les personnels de l'ASACOBA particulièrement le présent du CA (**ISSA**), du CG (**CAMARA**), le comptable (**DIARRA**), le médecin chef...

♥ **A Dr KONE Abou** au Cscm de Koulouba.

♥ **A Dr DOUMBIA Magloire** du service des urgences au CHU Point-G

♥ **A Dr TRAORE Sory** du service des urgences au CHU Point-G

♥ **A Dr TOURE Cheik A** du service des urgences au CHU Point-G

♥ **A Dr MOUSSA B DIARRA** du cabinet échographique la BARAKA de Médina coura

♥ **A Dr KEITA Mamby** chirurgien pédiatre au CHU Gabriel Touré.

♥ **A Dr GUINDO Saïdou** chirurgien, **Dr DAKOUO** et à toute l'équipe de médecine et à tous le Cs réf de Koulikoro.

♥ **Aux** chefs de poste médical **Issa SAMAKE** et **Samba KONATE** et à toute l'équipe du Cscm de kenenkoun, de Tamani c'est dans ce centre que j'ai commencé mes stages en tant qu'étudiant en médecine ; merci encore pour votre sincérité et disponibilité constantes.

♥ **Aux frères** : DIARRA Mohamed; DIAWARA Ibrahim.

♥ **A Mr BERTHE Habib**, très cher ami je te dis encore merci pour tous tes soutiens volontaires inconditionnels.

♥ **À Mr TRAORE Adama**, très cher ami je te dis mille mercis.

♥ **A mes camarades de Koulouba**, les Docteurs : Dr DIASSANA M ; Dr DIARRA Mantala ; Dr DIARRA Ibrahim ; Dr KONATE Daouda ; Dr Ousmane SYLLA, Dr DIAMOUTENE Kolo; Dr DEMBELE Ali ; SANOGO Seriba.

♥ **A mes collègues de l'INRSP: Modibbo, Aziz, Dr Kamian K, Dr Kass, Dr Frédi, Dr KODIO, N'GOLO, BORODJAN, DIAMOU-Boubacar, Dr N'DAYE, Dr ASSANATOU, Dr MARIAM. Dr Fatim, GASTON.**

♥ **A mes camarades de promotion de la FMPOS (LA FAMILLE):**

Amadou, Dr Demba, Youssouf tous TRAORE; Dr Ousmane SYLLA, YARE Yaya; ISSA COULIBALY, BAGAYOKO Dramane; DEMBELE Rachelle ; Isac Atimbé; Dr Bourama et Sebou DIARRA; KONE Jean Wamian, Touré Aziz, Dr Konaré Tièti, Moussa S. Je vous prie, restons unis jusqu'à la fin de nos vies.

♥ **A mes très chers amis (SIGUIDA) :**

Bakary, Toumany, Adama, Lassana, tous TRAORE, Modibo SINGARE Moussa, Ibrahim ,Dr Moussa NIANGALY, Ousmane DEMBELE. Plus que l'amitié, entre nous actuellement c'est de la fraternité, sachez que je vous aime beaucoup et je n'ai pas de mots pour vous remercier.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur **Sanoussi KONATE**

- ▶ Professeur honoraire en santé publique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie de l'université de Bamako
- ▶ Ancien Chef de DER en santé publique à la FMPOS
- ▶ Ancien directeur du Programme Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR)

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre assiduité, votre simplicité, votre sens élevé de la responsabilité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration. Permettez- nous cher Maître, de vous exprimer toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Adama DIAWARA

- ▶ **Médecin spécialiste en santé publique**
- ▶ **Maître assistant en santé publique à la FMPOS**
- ▶ **Directeur général de l'Agence Nationale d'évaluation des hôpitaux du MALI**
- ▶ **Ancien chef de division assurance qualité et économique du médicament à la direction de la pharmacie et du médicament**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Nous admirons vos qualités Scientifiques et nous nous sommes fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Hamadoun SANGHO

- ▶ **Maître assistant en santé publique à la FMPOS**
- ▶ **Directeur du Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Nous admirons vos qualités Scientifiques et nous nous sommes fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigués.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Akory AG IKNANE

- ▶ **Maître assistant en santé publique à la FMPOS**
- ▶ **Spécialiste en santé publique**
- ▶ **Chef du service nutrition à l'INRSP**
- ▶ **Premier médecin directeur de l'ASACOBA**
- ▶ **Président du réseau malien de nutrition (REMANUT)**
- ▶ **Ancien conseiller technique en nutrition à la division de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle à la CPS à Koulouba (DSSAN)**

Cher maître vous avez bien voulu nous confier ce travail et en sommes très sensibles à cette marque de confiance; Vous l'avez dirigé avec ardeur et passion ; deux valeurs qui vous caractérisent et ne constituent qu'une partie de vos qualités scientifiques et sociales.

Au delà de nos hommages respectueux, nous vous prions de trouver ici, cher Maître l'assurance de notre parfaite reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur *MAMADOU SOUNCALO TRAORE*

- ▶ Chef du DER en Santé Publique
- ▶ Ph. D en Epidémiologie de l'Université de Londres ;
- ▶ Maître de Conférences en Santé Publique de l'Université de Bamako ;
- ▶ Premier Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux du Mali ;
- ▶ Ancien Directeur National de la Santé du Mali ;
- ▶ Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali.

Cher Maître, en acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir.

Après de vous, nous avons appris la loyauté, la notion du travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie.

Former un médecin c'est sauver des milliers de vies.

Honorable maître, sachez que rien dans le temps ne pourra effacer vos souvenirs de nos pensées.

Nous ne saurons vous remercier, trouvez ici, la manifestation de notre profonde admiration et de notre gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG :	Assemblée Générale
ASACO :	Association de Santé Communautaire
ASACOBA :	<i>Association de Santé Communautaire de Banconi</i>
CA :	<i>Conseil d'Administration</i>
CBMT :	<i>Cadre Budgétaire à Moyen Terme</i>
CG :	<i>Comité de Gestion</i>
CPN :	<i>Consultation Périnatale</i>
CS :	<i>Comité de Surveillance</i>
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CDP :	Comité Développement Participatif
D :	Dianguinébougou
DNS :	Direction Nationale de la Santé
EDSM :	Enquête Démographique et de Santé du Mali
FAP :	Femme en Age de Procréer
FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
FENASCOM	Fédération Nationale des Associations de santé Communautaire
F :	Flabougou
HTA:	Hypertension Artérielle
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IPC :	Infirmier du Premier Cycle
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique
IEC :	Information Education et Communication
L :	Layebougou

ME :	Médicament
OHVN:	Office de la Haute Vallée du Niger
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
P :	Plateau
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PT :	Population Totale
PRODESS:	Programme de Développement Socio Sanitaire
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
S:	Salembougou
SLIS :	Système Local d'Information Sanitaire
CPS :	Cellule de Planification et de Statistique
UEMOA:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VAR:	Vaccin Anti Rougeole
VAT:	Vaccin Anti Tétanique
Z :	Zèkènèkorobougou

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1 : Dépense de la santé dans le budget de l'Etat de 1992 en 2008.....	6
Tableau 2 : Evolution socio démographique de Banconi de 1989 à 2008.....	10
Tableau 3 : Evolution des recettes de 1989 à 2007 à l'ASACOB.....	21
Tableau 4 : Evolution des dépenses de 1989 à 2007 de l'ASACOB.....	22
Tableau 5 : Récapitulatif des résultats des dépenses dans les recettes.....	23
Tableau 6 : coût moyen de l'ordonnance à l'ASACOB en 2009.....	24
Tableau 7 : Evolution des indicateurs de performance de 1989 à 1993.....	25
Tableau 8: Evolution des indicateurs de performance de 1994 à 1998.....	26
Tableau 9: Evolution des indicateurs de performance de 1999 à 2003	27
Tableau 10 : Evolution des indicateurs de performance de 2004 à 2008.....	28
Tableau 11 : Evolution des consultations médicales selon la provenance.....	30
Tableau 12 : Evolution des consultations médicales selon la fréquentation	32
Tableau 13: Evolution des CPN de 1989 à 2007 à l'ASACOB	34
Tableau 14: L'indice d'assiduité à la CPN	35
Tableau 15 : Evolution des accouchements de 1989 à 2007 à l'ASACOB.....	36
Tableau 16 : Evolution de la planification.....	38
Tableau 17: Evolution du statut vaccinal par antigène	39
Tableau 18 : Evolution des examens de bactériologie et de sérologie.....	41
Tableau 19 : Evolution des examens de hématologie et de parasitologie.....	42
Tableau 20 : Evolution du personnel de 1989 à 2007 à l'ASACOB.....	43
Tableau 21 : Répartition des personnels selon le nombre d'années de service.....	44
Tableau 22 : Répartition des personnels selon leur qualification.....	45
Tableau 23 : Répartition des personnels selon la création de l'ASACOB.....	45
Tableau 24 : Répartition des personnels selon leur motivation au travail.....	46
Tableau 25 : Répartition des personnels selon leur condition de travail.....	46
Tableau 26 : Répartition des usagers selon le sexe.....	47
Tableau 27 : Répartition des usagers selon la tranche d'âge.....	48
Tableau 28 : Répartition des usagers par personnel en consultation.....	48
Tableau 29 : Répartition des usagers selon leur niveau d'alphabétisation.....	49
Tableau 30 : Répartition des usagers selon les raisons du choix de l'ASACOB.....	49
Tableau 31 : Répartition des usagers selon la source de connaissance de.....	50
Tableau 32 : Répartition des usagers selon les obstacles à l'adhésion.....	50
Tableau 33 : Répartition des usagers selon leur avis sur le tarif de la consultation....	51

LISTE DES FIGURES

	Page
<i>Figure 1</i> : Carte Administrative du Mali.....	4
Figure 2 : Evolution des recettes par rapport aux dépenses.....	24
Figure 3 : Taux d'équilibre : prestations, maternité, pharmacie, laboratoire.....	29
Figure 4 Répartition des consultations médicales selon la provenance.....	31
Figure 5 : Evolution du taux d'adhésion et fréquentation du centre.....	33
Figure 6: Evolution du taux d'accouchements assistés.....	37
Figure 7:Evolution de la couverture vaccinale des enfants de -1 an.....	40
Figure 8:Evolution de la couverture vaccinale des FAP.....	40
Figure9 : Répartition des personnels selon le sexe.....	44
Figure10 : Répartition des usagers selon le sexe.....	47
Figure11 : Répartition des usagers selon leur avis sur le tarif de la consultation....	51

Sommaire

	Pages
I Introduction.....	1
II OBJECTIFS.....	3
III GENERALITES :.....	4
IV METHODOLOGIE :.....	19
V RESULTATS :.....	21
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :.....	51
VII CONCLUSION :.....	56
VIII RECOMMANDATIONS :.....	57
XI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	58
X ANNEXES	

1-INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La santé communautaire prend aujourd'hui de plus en plus de place dans les débats sur la santé et sur le système de distribution de soins dans le monde .Malgré cette mise en avant elle reste mal connue pour certaines communautés Africaines. Le Mali, après son indépendance avait adopté comme mission d'assurer la gratuité des soins à tous les maliens et sur tout le territoire national. Face aux difficultés économiques, l'Etat ne pouvait plus assurer le fonctionnement de ses services de santé. C'est ainsi que le budget alloué au secteur santé a été réduit de 9% en 1970 à 4% en 1988 où la notion de paiement à l'acte « recouvrement des coûts » ou « tarification » est apparue en 1980 suite à ce désengagement de l'Etat et la faible participation des partenaires [1]. Selon la vision actuelle du concept et la réalité politique, le système de santé communautaire continue à gagner du terrain où la première expérience a vu le jour à Banconi le 09 Mars 1989 initiée par les populations [2]. Dans le contexte politique actuel marqué par la faible participation de l'état dans la prise en charge de la santé des populations, peut-on affirmer qu'une telle expérience offre des garanties de recouvrement des coûts pour la survie, et la pérennité de l'ASACOBBA ?

La communauté de Banconi est-elle suffisamment forte économiquement pour continuer à faire face au fonctionnement du centre, aux différents investissements dans le cadre de l'amélioration des qualités de ses prestations? Le quartier de Banconi a été choisi à cause de sa spécificité. Le CSCOM de Banconi est fonctionnel depuis le 09 mars 1989 ce qui fait de lui le premier CSCOM du Mali. Aussi, le centre a été initié par les populations elles mêmes et sa gestion est assurée par les mêmes populations. Le choix s'explique aussi par le fait que Banconi est un quartier spontané et péri-urbain. Le modèle de gestion de l'ASACOBBA intègre la structure socio politique traditionnelle du quartier, le conseil des anciens et le conseil d'administration. Le quartier de Banconi est très pauvre, le revenu moyen de la population chiffré à environ 4067 FCFA par mois et par personne est très faible. Les dépenses de santé occupent seulement 1,2% des dépenses de ménages [3] contre 53,8% allouées aux dépenses alimentaires. La population exerce des activités économiques très variées : le petit élevage, le maraîchage pour certains, le petit commerce et l'artisanat pour d'autres.

Selon le contexte de faiblesse pour certains CSCOM malgré l'extension de la couverture sanitaire, la qualité du système de recouvrement des coûts constitue un élément clé important pour la performance du centre. D'où la présente étude qui met principalement l'accent sur la capacité de recouvrement.

Nous partons avec l'hypothèse que « *la satisfaction de la population par rapport à la performance du centre explique son niveau de recouvrement des coûts* ».

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Evaluer la capacité de recouvrement des coûts et le degré de satisfaction des usagers du centre de santé communautaire de Banconi.

2.2 Objectifs spécifiques :

2.2.1 Déterminer l'évolution des recettes du centre ;

2.2.2 Déterminer l'évolution des dépenses du centre ;

2.2.3 Déterminer l'évolution des services du CSCOM ;

2.2.4 Connaître l'opinion des usagers sur la performance du centre.

3. GENERALITES

3.1 Généralité sur le Mali :

3.1.1 Superficie.

La République du Mali s'étend sur une superficie de 1 241 238 Km², il partage une frontière avec l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso au Sud Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée Conakry au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Est.



Figure 1 : Carte Administrative du Mali

Source : http://www.afrique-planete.com/mali/carte_mali.htm (26 juin 2009)

3.1.2 Population

En 2006 la population malienne était estimée à 12 051 021 habitants avec un taux d'accroissement de 2.2% [4]. Selon les mêmes sources, 99% de maliens sont des sédentaires et 1% sont des nomades [4]. La majorité de la population du Mali réside en milieu rural (73,2%). Le taux d'urbanisation est de 26,8% [4].

3.1.3 Climat

Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies ; cette dernière durant en moyenne 5 mois au Sud et moins d'un mois au Nord. Les précipitations sont entre 1300 mm à 1500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au Nord. Ce climat se présente en cinq zones dont une particulière, celle du delta intérieur du Niger, qui sont :

- la zone Sud Soudano-guinéenne : environ 6 % du territoire national, dans l'extrême Sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an ;
- la zone Nord Soudanienne, avec 1 300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18 % du territoire ;
- la zone Sahélienne : les précipitations vont de 700 à 200 mm d'eau par an.
- la zone Saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara; elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.
- Le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieure. Cette nappe d'inondation est au cœur même du Sahel. Le delta avec ses 300 Km de long sur 100 Km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

3.1.4 Situation Sanitaire

La situation sanitaire de la population du Mali reflète du niveau actuel de son développement socio économique qui reste préoccupante malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'état qui est passée de 5,28% en 1992 à 5,64% en 2009 [5]. L'évolution des dépenses de santé dans le budget de l'état est la suivante entre 1992 et 2008 (voir tableau 1).

Tableau 1: Dépense de la santé dans le budget de l'Etat de 1992 en 2009.

Année	Budget santé	Budget Etat	% Santé Etat	Finance Intérieur santé	Finance Extérieur santé
1992	11 474 613	217 147 699	5,28%	5 147 613	6 327 000
1993	9 649 678	200 474 564	4,81%	5 201 678	4 448 000
1994	17 423 072	371 674 431	4,69%	9 601 072	7 822 000
1995	2 568 390	353 960 000	7,26%	9 624 090	16 059 000
1996	31 352 837	380 325 000	8,26%	10 318 837	21 034 000
1997	28 777 080	400 423 000	7,19%	12 129 080	16 648 000
1998	27 065 754	433 712 000	6,24%	14 439 754	12 626 000
1999	24 787 365	476 113 000	7,19%	16 046 365	8 741 000
2000	34 580 607	522 537 000	6,62%	16 242 607	18 338 000
2001	36 943 517	556 881 000	6,63%	20 813 517	15 930 000
2002	32 157 394	560 563 000	5,73%	1 570 000	17 930 000
2003	42 566 216	652 026 000	6,52%	3 137 000	25 106 000
2004	40 932 494	699 302 000	5,85%	3 074 000	19 755 000
2005	55 764 686	836 231 000	6,67%	34 767 686	20 997 000
2006	66 055 483	935 759 371	7,06%	39 475 483	26 580 000
2007	55 146 359	976 601 604	5,65%	43 480 827	11 665 532
2008	57 940 483	1 014 385 009	5,71%	46 831 133	11 109 350
2009	60 651 508	1 075 051 620	5,64%	49 227 880	11 423 628

Sources : Ministère de l'économie et des finances : Loi des finances
Budget (CBMT) santé

On note que les dépenses ont évolué de manière irrégulière avec minimum de 4,69% en 1994 contre un maximum de 8,26% en 1996.

Au Mali les niveaux de mortalité sont élevés et cela s'expliquent surtout par :

- une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15 Km d'un centre de santé de premier contact offrant le PMA) ;
- une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du PRODESS ;
- un environnement naturel insoluble et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- des mauvaises habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité (fer, iode, vitamine) ce qui provoque des maladies et carences ;
- la persistance de certaines coutumes et des traditions souvent néfastes pour la santé ;
- un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;
- une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire ;
- une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ses insuffisances, le gouvernement a pris des mesures qui figurent dans la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et de Population en 1990[6].

Dans ces orientations, on note que la priorité de l'action sanitaire s'adresse au milieu rural et périurbain, cela dans un souci d'équité et de correction des inégalités sociales, qu'elle vise la prévention des maladies ou qu'elle s'attache à promouvoir l'action socio sanitaire en vue d'améliorer le bien être de la famille. En outre par la décentralisation de politique sectorielle de santé et de la population, on constate que la santé représente désormais un secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources afin d'assurer la pérennité du développement sanitaire, la prise en compte dans la planification des ressources disponibles et la mobilisation de tous les acteurs (Etat, les ONG et populations). Fort des résultats de cette politique sectorielle, un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 et un programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS 1998 – 2002), basés sur les mêmes stratégies et orientation ont été élaborés et adoptés en 1998 [7].

3.2 Présentation générale de la commune I

Comme toutes les communes du district de Bamako, la commune 1 a été créée par l'ordonnance n° 78-32 du CMLN (comité militaire de libération nationale) du 18 Août 1978. La commune 1 compte 9 quartiers : Banconi, Boukassoumbougou, Korofina Nord, Korofina Sud, Doumanzana Fadjiguila, Sotuba, Meken Sikoro, Djanguinebougou.

3.2.1 Situation superficie limite

La commune1 est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie orientale du district de Bamako. Sa superficie est de 34,26 Km² soit 12,83% de la superficie du district de Bamako (267Km²). Elle est limitée au Nord et à l'Est par le cercle de Kati, au Sud par le Fleuve Niger et à l'Ouest par la commune 2.

3.2.2 Population

La population de la commune 1 a été estimée à 230862 habitants avec une densité de 6739 habitants /km² [8].

3.3 Situation socio sanitaire Banconi

3.3.1 Rappel historique

Les premiers habitants de Banconi sont venus de Wasulu à l'époque des guerres samoriennes à la fin du 19^{ième} Siècle [9]. L'autorisation de s'installer leur a été donnée par les Touré habitants de l'actuel quartier de Bozola et qui avaient les propriétés des terres. Le nom de Banconi provient de son lieu d'installation petit (ni) Marigot (Co) aux palmiers (ban) .Des peulhs du wasulu, des Minianka de Koutiala, des soninkés de Niore des Bambara de Bélé Dougou sont les habitants de ce quartier. Les trois premiers secteurs du quartier furent Salembougou, Flabougou et Zèguènèkorobougou puis sont apparus ceux de Layebougou (1974), Plateau et Dianguinéougou [10]. Cette population utilisait la médecine à caractère pluriel.

3.3.2 Situation

Le quartier de Banconi est limité :

- au Nord par le quartier de Sikoroni
- au Sud par le quartier de Korofina Sud
- à l'Ouest par le quartier de l'Hippodrome
- à l'Est par les quartiers de Fadjiguila et de Korofina Nord

(Voir carte de Bancini dans les annexes)

3.3.3 Population

Depuis sa création, le quartier de Banconi occupe une surface de 280ha, sa population a également subi une croissance accélérée. Elle était estimée à 76835 habitants en 1997. Les estimations ont donné 98 355 habitants en 2007 [11].

Tableau 2 : Evolution socio démographique de Banconi de 1989 à 2008.

ANNEE	POPULATION TOTALE	POPULATION DES FAP 22% DE LA PT	POPULATION DES FEMMES EN CEINTES 5% DE LA PT	POPULATION DES ENFANTS DE MOIN D'UN AN 4% PT
1989	63 062	13 874	3 153	2 522
1990	64 639	14 221	3 232	2 586
1991	66 255	14 576	3 313	2 650
1992	67 911	14 940	3 396	2 716
1993	69 609	15 314	3 480	2 784
1994	71 349	15 697	3 567	2 854
1995	73 133	16 089	3 657	2 925
1996	74 961	16 491	3 748	2 998
1997	76 835	16 904	3 842	3 073
1998	78 756	17 326	3 938	3 150
1999	80 725	17 760	4 036	3 229
2000	82 743	18 203	4 137	3 310
2001	84 812	18 659	4 241	3 392
2002	86 932	19 125	4 347	3 477
2003	89 105	19 603	4 455	3 564
2004	91 333	20 093	4 567	3 653
2005	93 616	20 596	4 681	3 745
2006	95 956	21 110	4 798	3 838
2007	98 355	21 638	4 918	3 934
2008	100 754	22 166	5 038	4 030
TOTAL	1 610 841	354 385	80 544	64 430

3.3.4 Caractéristiques Socio-économiques

Dans le quartier de Banconi, les habitants ont conservé des rapports très étroits avec leurs lieux de provenances, aussi bien sur le plan social que du point de vue économique. La population de Banconi dans son ensemble est très pauvre. Parmi les ménages qui vivent à Banconi 91% sont locataires avec un montant mensuel moyen de loyer de 2 660 F pour un ménage [9]. La population de Banconi est jeune 91% de la population à moins de 45 ans et 65,6% à moins de 25 ans.

3.4 Présentation du centre

En février 1989 à l'initiative des notables du quartier de Banconi en Commune 1, l'ASACOBA a été créée. Le centre a ouvert ses portes le 9 mars 1989. Dans un premier temps, le centre s'est limité à des activités purement curatives, puis progressivement les activités se sont élargies sur le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. L'originalité de ce centre réside dans plusieurs principes :

- autofinancement à partir de ses ressources propres ;
- emploi de jeunes diplômés maliens ;
- qualités d'accueil et des soins ;
- prise en charge de l'ensemble des soins de santé primaires et secondaires ;
- Information Optimale des populations quant aux attitudes nouvelles à acquérir en matière de santé ;
- production de services au coût le plus bas possible ;
- recherche de l'impact maximum des services vis-à-vis de la population du quartier.

La mission qui lui a été assigné est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier par sa propre participation. L'ASACOBA bénéficie de la personnalité morale et peut donc à ce titre fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif. Ainsi elle peut recruter du personnel n'appartenant pas à la fonction publique et le payer grâce aux ressources qu'elle dégage de son système de recouvrement des coûts.

3.7.8 Gestion administrative du centre.

Elle est confiée au médecin Directeur qui doit rendre compte régulièrement au directeur du centre. A toutes les quinzaines une réunion de tout le personnel est tenue pour discuter du fonctionnement et des différents problèmes du centre.

3.7.9 L'instance et les organes de gestion.

Les principaux organes de gestion de l'ASACOBA sont le Conseil d'Administration, le Comité de Gestion et le Comité de Surveillance qui sont mis en place par l'instance suprême constituée par l'Assemblée Générale des adhérents.

3.7.9.1 L'Assemblée Générale.

Outre les responsables élus de l'ASACO et le personnel du centre, elle se compose de l'ensemble des adhérents à l'ASACO. C'est l'organe suprême de l'ASACO. L'ensemble des 6 secteurs de l'aire de santé de Banconi est représenté. Elle est convoquée en session ordinaire au moins une fois par an, mais selon les statuts peut également être tenue en session extraordinaire sur simple convocation du président ou des deux tiers de ses membres. Son rôle est de définir la politique générale de l'association et de décider des grandes orientations qui seront ensuite appliquées par les autres organes de gestion. Ses décisions sont souveraines. L'A.G valide les comptes et le rapport d'activité de l'année à venir. Elle élit les membres du CA.

3.7.9.2 Le Conseil d'Administration.

Il est composé de membres élus en A.G par l'ensemble des adhérents à l'ASACO : Président, Vice-président, Trésorier Général, Trésorier général adjoint, secrétaires à l'organisation, Commissaire aux Comptes. La liste de ces membres est prévue dans les statuts de l'ASACO et donnée en annexe. Les membres du CA reçoivent un mandat d'une durée de 3 ans, définie dans les statuts de l'ASACO. Le rôle du CA est de mettre en œuvre les décisions prises en AG. Le CA prépare l'ordre du jour de l'AG et y présente : le rapport d'activités de l'année passée, la situation comptable de l'année passée, le budget prévisionnel de l'année à venir et le programme d'activité.

La fréquence de ses réunions est fixée à tous les trimestres. Le CA élit à son tour le CG composé de certains membres du CA et obligatoirement d'un président non membre du CA pour garantir la transparence dans la gestion.

3.7.9.3 Le Comité de Gestion.

Il s'agit d'un Comité réduit composé de membres élus par le CA. On l'appelle aussi 'Bureau Exécutif'. Le CA délègue au CG une partie de ses prérogatives et notamment tout ce qui concerne le suivi régulier de la gestion du centre. Il contrôle et valide la comptabilité et la gestion du centre et établit en outre les comptes de synthèse en fin d'année. Ses membres sont au nombre de 7 dont 4 élus membres du CA, un président désigné par le CA et 2 membres du personnel dont le directeur du centre et le délégué du personnel qui ont une voix délibérative tout comme les membres élus. C'est la seule ASACO au Mali dont le personnel est membre à part entière du CG et du CA et participe activement à la prise de décision dans la gestion des activités du centre qu'il gère. Les réunions se tiennent à une fréquence mensuelle. Le rôle de ces trois (3) organes de gestion reste dans le domaine de la prise de décision et du contrôle. Il revient au personnel de réaliser la gestion proprement dite du centre, sous la responsabilité du directeur du centre qui rend compte au CG.

3.7.9.4 Le Comité de Surveillance.

Il est chargé du contrôle des activités des organes de l'association. Il est composé de cinq (5) membres élus par l'assemblée générale. Il se réunit sur convocation de son président chaque fois que la nécessité se présente.

3.9 DEFINITIONS OPERATOIRES :

3.9.1 CSCOM (centre de santé communautaire).

Un « Cscm » est un *centre de santé privé sans but lucratif*, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « ASACO » [12].

3.9.2 ASACO (association de santé communautaire).

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

3.9.3 Aire de santé.

L'aire de santé est une zone couverte par un Cscm. Le découpage d'un cercle en aires de santé donne la carte sanitaire du cercle. L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un Cscm/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio- anthropologiques [13].

3.9.4 PMA.

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

3.9.5 Coût.

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

4. METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude :

L'étude a été menée au CSCOM de Banconi qui a été créée le 09 Mars 1989. Il est situé dans la commune 1 du district de Bamako.

4.1.1 Description du Centre.

Le centre de l'ASACOBA est situé en plein cœur du quartier de Banconi dans le secteur de Flabougou du goudron principal de Banconi. Le centre s'est installé dans ses propres locaux grâce aux efforts conjugués de la population de Banconi, des maires de la Commune 1 (Bamako) et d'Angers (Voilà). Le centre se compose de : quatre salles de consultation, un dépôt de pharmacie, un laboratoire, deux salles de soins infirmiers (Salle Isabelle Ridoux et salle de pansement), un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente, puis différents couloirs permettant l'orientation des patients.

Maternité : comprend deux salles de CPN, une salle d'accouchement (avec trois tables d'accouchements), deux petites salles de repos pour l'équipe de garde, deux salles de séjour contenant une dizaine de lits, un grand hangar servant de lieu de causerie, d'attente et d'accueil, une salle contenant un frigo pour vaccination servant pour le centre de l'enfant tient lieu de trait d'union entre accouchée et centre de l'enfant (centre maternité et centre de l'enfant).

Centre de l'enfant : derrière le dispensaire un grand hangar est construit pour recevoir mères et enfants : ici est installé différent matériel nécessaire pour les activités du centre (pesée, causerie et démonstration nutritionnelle). Ce centre comprend : une salle de séjour, une salle de réunion, quatre toilettes.

La comptabilité de gestion: comprend un bureau pour le comptable, une salle des archives, une salle de réunion en face du logement du médecin directeur.

4.1.2 Personnel.

Le centre est dirigé par un médecin Directeur et comprend un personnel technique de 20 personnes toutes de nationalités maliennes et formées au Mali : Trois médecins généralistes, quatre infirmières diplômées d'état, trois sages-femmes, cinq aides soignants, un comptable, un biologiste, deux gardiens, un chauffeur.

4.1.3 Fonctionnement du centre.

4.1.3.1 Accueil.

Le centre est ouvert à tous les malades ayant pris son ticket de consultation à l'accueil. Les malades sont accueillis par un agent situé sous le grand Hangar, il les oriente selon leur besoin dans les différentes unités du centre.

4.1.3.2 Dispensaire.

Un ticket de consultation est délivré par l'accueil et le malade sera ensuite orienté dans un des trois rangs différents. Le malade adulte muni de son ticket de consultation est reçu par un des médecins du service suivant un rang direct. Le malade enfant muni de son ticket, est envoyé dans la salle Isabelle Rideux où une infirmière d'état mesure le poids, la taille, le rapport poids / taille et prend la température, ensuite l'enfant sera guidé vers le médecin muni des données et de son ticket consultation. Enfin de consultation, une ordonnance avec souche est délivrée au malade par le médecin. Le troisième groupe est constitué par les malades venus pour des soins infirmiers. Ils sont dirigés vers la salle de soins où une infirmière d'état les prend en charge. Les tickets qui sont délivrés au non adhérent à 500 F et aux adhérents à 300 F ne sont valables qu'après signature de l'infirmier major qui est le premier responsable de l'accueil.

4.1.3.3 Laboratoire.

C'est un laboratoire de premier niveau qui fait des analyses de :

Parasitologie : selles, urines, sang (GE, Frottis...)

Hématologie (NFS. VS)

Bactériologie (ECBU, frottis vaginal)

Bilan CPN : Groupe rhésus, albumine, sucre dans les urines, glycémie

Sérologie : Widal et Test d'Emmel

Les analyses sont effectuées après paiement à la caisse, le laboratoire est tenu par une biologiste.

4.1.3.4 Pharmacie.

Délivre uniquement des produits figurant sur la liste officielle de médicaments essentiels du Mali sous la forme DCI. Les médicaments ne sont délivrés que sur présentation d'une ordonnance du centre. Les ordonnances extérieures ne sont pas servies. La pharmacie est tenue par un gérant qui est aidé par une matrone.

4.1.3.5 Maternité

Les patientes sont guidées vers une deuxième table d'accueil où deux matrones les reçoivent, une s'occupe à celles qui sont venues pour un accouchement ; elles sont aussitôt dirigées vers la salle d'accouchement sans aucune autre procédure, l'autre reçoit les consultantes et les oriente selon le besoin, si c'est une consultation prénatale elle délivre un carnet de CPN et de vaccination, mesure le poids et la taille. Après avoir pris les coordonnées de la femme, elle les envoie avec le carnet chez une sage-femme. Les sages-femmes s'occupent des consultations post-natales et la planification familiale. Les sages femmes s'en occupent à tour de rôle. Quant aux déclarations de naissance c'est la sage-femme maîtresse qui s'en occupe généralement le matin très tôt pour libérer les hommes qui vont au service. L'IEC est faite tous les jours avant les consultations en présence de toutes les sages-femmes et les matrones.

4.1.3.6 Centre d'enfant.

Les activités dominantes : Consultation de l'enfant sain, service qui se fait après avoir pris un carnet de consultation de l'enfant, elle est faite par une infirmière d'état. Elle consiste surtout à prendre le poids, la taille, la température à faire la courbe de croissance, à vérifier la vaccination, l'hygiène et à donner des conseils aux mamans. La vaccination est effectuée tous les jours ouvrables et concerne toutes les maladies cibles du programme national de vaccination. La récupération nutritionnelle concerne seulement les enfants qui ont un rapport poids / taille inférieur à 85% .C'est une activité intégrée dans la vaccination [14] afin de sensibiliser le maximum de femmes en nutrition. Quant à l'IEC, tous les jours le centre de l'enfant est sous la responsabilité d'un médecin qui travaille en étroite collaboration avec l'infirmière responsable du centre de l'enfant.

4.1.3.7 Comptabilité Gestion.

Elle est tenue par un comptable gestionnaire. Les différents tarifs sont fixés par le comité de gestion. Toutes les recettes sont versées en fin de journée au comptable qui signe un cahier de versement. Les recettes reçues par le comptable sont reversées au trésorier du comité de gestion qui à son tour les dépose à la banque et un reçu de versement est délivré par la banque. Quant à l'achat des matériels médicaux, il reste un problème gênant car le matériel médical coûte trop cher.

Ce CSCOM est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes demeurent préoccupants.

4.2 La démarche méthodologique.

Elle comprend :

A-une revue documentaire qui a consisté à

1-l'exploitation des documents disponibles sur la santé communautaire au Mali (de la FENASCOM, et de l'INRSP).

2 -Des rapports financiers qui se trouvent au niveau de l'ASACOBA.

3-Nous avons également exploité les articles, et documents existants qui traitent de la santé communautaire et de la politique sectorielle de santé du Mali.

B-une enquête d'opinion auprès des usagers.

Elle a consisté à adresser des questionnaires aux personnels, aux patients après leurs prestations et aux dirigeants de l'ASACO par interrogatoire.

4.3 Type d'étude.

Il s'agit une étude rétrospective des activités médicales, des recettes et des dépenses du centre et une étude prospective à travers des interviews sur les connaissances et aptitudes pratiques (CAP) par rapport à l'appréciation du niveau de performance du centre par les populations (utilisateur de service, personnel, dirigeant de l'ASACO).

4.4 Période d'étude.

L'étude prospective s'est déroulée du 07 Janvier au 07 mars 2009. L'analyse documentaire a porté sur les périodes allant de 1989 à 2008.

4.5 Validité.

Ce travail a été suivi, coordonné à partir du lieu d'étude par un médecin spécialisé en santé publique et qui est un expert en santé communautaire.

4.6 Support des données.

La collecte des données a été effectuée à partir de :

- Registres de (consultation médicale, CPN, d'accouchement, de vaccination)
- Les rapports d'activités.
- Des fiches d'enquête.

4.7 Traitement et analyse des données.

Les données ont été saisies sur l'ordinateur en utilisant le logiciel EpiData3,1 version anglaise. Elles ont été ensuite transférées sur le logiciel SPSS12.00 version française afin d'y être analysées. Après analyse les résultats obtenus ont été enfin exportés sur Word office 2003.

5. RESULTATS

5.1 RESSOURCES FINANCIERES.

5.1.1 COMPTE DES RECETTES PAR ANNEE.

Tableau 3: Evolution des recettes de 1989 à 2008 à l'ASACOBA.

Année	Médicament	Tarifification	Labo	Examens Echo, ECG	Autres	Total
1989	3 092 005	6 882 005	-	-	20 503 505	30 477 515
1990	11 320 855	5 755 500	490 950	-	18 882 050	36 449 355
1991	12 230 565	560 500	2 744 805	-	7 239 130	22 775 000
1992	15 508 505	7 653 500	4 797 370	-	3 847 585	31 806 960
1993	22 472 795	8 501 100	3 986 660	-	4 364 250	39 324 805
1994	30 138 005	8 706 100	4 511 060	-	8 256 305	51 611 470
1995	32 371 720	10 280 900	5 300 765	-	10 298 350	58 251 735
1996	37 201 675	11 664 900	5 347 850	5 175 500	5 751 460	65 141 385
1997	4 154 041	12 016 600	4 030 750	7 782 000	5 430 499	70 800 259
1998	50 141 345	10 538 000	3 844 600	6 174 000	7 993 065	78 691 010
1999	47 855 905	9 199 000	4 116 050	8 874 000	8 255 045	78 300 000
2000	56 251 310	9 535 500	5 529 400	1 129 500	19 854 290	92 300 000
2001	61 845 480	8 447 100	4 516 100	11 994 000	9 197 320	96 000 000
2002	57 322 185	8 358 500	5 504 900	13 029 500	8 284 915	92 500 000
2003	46 745 395	8 890 500	4 719 650	18 662 000	10 982 455	90 000 000
2004	37 965 105	7 397 500	5 695 900	22 139 500	12 301 995	85 500 000
2005	58 495 590	7 910 500	7 000 675	12 627 578	12 565 657	98 600 000
2006	64 031 025	7 629 375	6 384 065	18 672 750	4 282 785	101 000 000
2007	70 647 438	7 823 100	6 324 055	20 251 750	1 953 657	107 000 000
2008	71 559 751	6 804 475	4 475 500	18 376 445	9 783 829	111 000 000
Total	828 737 064	164 554 655	89 321 105	164 888 523	190 028 147	1 437 529 494
%	57,65	11,44	06,21	11,47	13,21	100

Source : Rapports d'activités de l'ASACOBA [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21]

Durant les 20 années d'existence, les recettes du centre sont passées de **30 477 515 FCFA** à **111 000 000 FCFA** de manière irrégulière où la vente des médicaments a occupé le premier rang des recettes avec 57,65%.

5.1.2 COMPTE DES CHARGES PAR ANNEE.**Tableau 4:** Evolution des dépenses de 1989 à 2008 de l'ASACOBA.

Année	médicament	Réactifs	Salaire	Fonction	Autre	Total
1989	43 500	-	1 619 570	1 906 530	9 726 557	13 296 157
1990	640 003	60 709	7 469 709	1 642 975	24 158 295	33 971 691
1991	11 347 485	68 647	7 768 647	1 607 590	40 965	20 751 404
1992	4 455 420	88 650	12 288 650	1 584 000	12 223 045	30 639 765
1993	15 647 487	50 330	14 650 330	3 646 365	6 530 183	40 524 695
1994	20 731 078	88 950	20 188 950	1 830 280	5 506 701	48 345 959
1995	24 961 858	65 707	22 365 707	8 541 834	83 809	56 018 915
1996	29 550 653	75 000	16 026 510	15 432 160	488 140	61 572 463
1997	31 691 045	698 860	18 105 254	19 300 435	1 918 120	71 713 714
1998	36 866 899	843 500	18 557 940	17 341 626	2 741 480	76 351 445
1999	40 953 615	677 000	19 418 353	8 056 667	974 365	70 080 000
2000	43 829 945	765 600	19 984 796	24 770 474	849 185	90 200 000
2001	49 662 865	511 000	23 906 560	20 864 709	774 866	95 720 000
2002	47 739 730	1 092 590	21 411 920	24 040 485	815 275	95 100 000
2003	36 048 126	1 015 500	20 615 074	30 197 700	723 600	88 600 000
2004	26 849 760	1 411 500	20 611 236	36 751 154	476 350	86 100 000
2005	43 470 255	1 135 985	24 088 608	27 821 552	983 600	97 500 000
2006	42 556 718	651 500	24 039 005	32 564 577	988 200	100 800 000
2007	48 498 410	438 900	21 822 375	32 663 065	1 577 250	105 000 000
2008	53 843 730	506 100	24 322 325	29 624 145	1 703 700	110 000 000
Total	609 388 582	10 246 028	357 641 949	340 188 323	73 201 756	1 392 286 208
%	43,76	0,73	25,68	24,43	05,25	100

De la création du centre en 2008 les dépenses effectuées ont évolué de manière irrégulière en passant de **13 296 157 FCFA** à **110 000 000 FCFA** où l'achat des médicaments constituait 43,76% des dépenses.

Tableau 5 Récapitulatif des résultats des dépenses dans les recettes par année.

Années	Recettes totales	Dépenses totales	Equilibre du centre	Taux de recouvrement
1989	30 477 515	13 296 157	2,29	229,22 %
1990	36 449 355	33971691	1,07	107,29 %
1991	22 775 000	20751404	1,09	109,75 %
1992	31 806 960	30639765	1,03	103,80 %
1993	39 324 805	40524695	0,97	97,03 %
1994	51 611 470	48345959	1,06	106,75 %
1995	58 251 735	56018915	1,03	103,98 %
1996	65 141 385	61572463	1,05	105,79 %
1997	70 800 259	71713714	0,98	98,72 %
1998	78 691 010	76351 445	1,03	103,06 %
1999	78 300 000	70 080 000	1,11	111,72 %
2000	92 300 000	90 200 000	1,02	102,32 %
2001	96 000 000	95 720 000	1,00	100,29 %
2002	92 500 000	95 100 000	0,97	97,26 %
2003	90 000 000	88 600 000	1,01	101,58 %
2004	855 00 000	86 100 000	0,99	99,30 %
2005	98600 000	97 500 000	1,01	101,12 %
2006	101 000 000	100 800 000	1,00	100,19 %
2007	107 000 000	105 000 000	1,01	101,90 %
2008	111 000 000	110 000 000	1,00	100,90 %
TOTAL	1437 529 494	1392286208	1,03	103,24 %

On constate un solde déficitaire en 1993, 1997, 2002, 2004. Un solde bénéficiaire de 1989 à 1992, de 1993 à 1996, de 1998 à 2001, en 2003, puis enfin de 2005 à 2008.

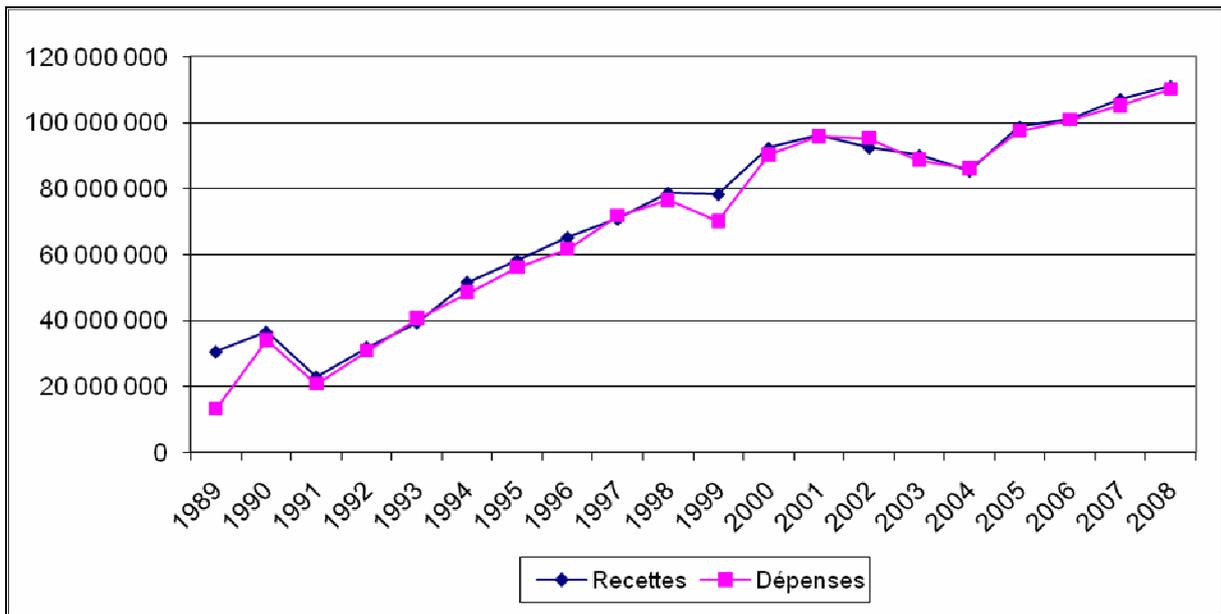


Figure 2 : Evolution des recettes par rapport aux dépenses.

Tableau 6 : coût moyen de l'ordonnance à l'ASACOBA en 2009.

Nombre d'ordonnances étudiées	Coût total des ordonnances étudiées	Coût moyen de l'ordonnance
140	312 200 Fcfa	2 230 Fcfa

Sur 140 ordonnances le coût moyen de l'ordonnance est revenu à 2 230 F CFA.

Tableau 7 : Evolution des indicateurs de performance de 1989 à 1993.

Indicateurs	1989	1990	1991	1992	1993
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
1 Effectif de la Population	63 062	64 639	66 255	67 911	69 609
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois	4	4	4	4	4
2 Effectif enfants de 0 à 11 mois	2 522	2 586	2 650	2 716	2 784
Pourcentage des femmes en âge de procréer	22	22	22	22	22
3 Effectif des femmes en âge de procréer	13 874	14 221	14 576	14 940	15 314
Pourcentage des femmes enceintes	5	5	5	5	5
4 Effectif des femmes enceintes attendues	3 153	3 232	3 313	3 396	3 480
B DE RESSOURCES FINANCIERES					
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	0,98	0,94	0,07	0,71	0,30
Bénéfice brut =	3 048 505	10 680 852	883 080	11 053 085	6 825 308
vente	3 092 005	11 320 855	12 230 565	15 508 505	22 472 795
Achat	43 500	640 003	11 347 485	4 455 420	15 647 487
2 Taux d'équilibre des prestations	14,36	15,29	6,55	10,28	4,62
recettes des prestations	27 385 510	25 128 500	10 544 435	16 298 455	16 852 010
dépendances des prestations	1 906 530	1 642 975	1 607 590	1 584 000	3 646 365
3 Taux d'équilibre de la maternité	12,68	0,40	1,58	2,12	0,90
recettes de la maternité	4 982 000	2 785 000	5 392 500	5 729 500	5 878 500
dépendances de la maternité	392 656	6 820 789	3 392 225	2 691 068	6 482 814
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	71,08	17,68	1,07	3,48	1,43
recettes de la pharmacie	3 092 005	11 320 855	12 230 565	15 508 505	22 472 795
dépendances de la pharmacie	43 500	640 003	11 347 485	4 455 420	15 647 487
5 Taux d'équilibre du laboratoire	-	8,08	39,98	54,11	79,21
C DE RESSOURCES HUMAINES					
Nombre total du personnel	3	11	16	16	16
Ratio d'adéquation des ressources humaines	21 021	5 876	4 141	4 244	4 351
Nombre de médecins	1	2	3	3	3
2 Ratio médecins par habitants	63062	32320	22085	22637	23203
Nombre d'Infirmier	1	2	4	4	4
3 ratio infirmier / habitants	63062	32320	16564	16978	17402
Nombre de sage -Femmes	0	1	1	1	1
4 Ratio de sage-femme	0	64639	66255	67911	69609
Chiffre d'Affaire du Centre	30 477 515	36 449 355	22 775 000	31 806 960	39 324 805
5 Productivité du personnel (annuelle)	10159172	33135778	1423438	1987935	2457800
Chiffre d'Affaire des CC	6 882 005	5 755 500	560 500	7 653 500	8 501 100
6 Productivité annuelle du médecin	6882005	2877750	186833	25511667	2833700
D D'UTILISATION DES SERVICES					
1 Taux d'utilisation de la consultation curative	12	26	13	33	32
consultation curative	7395	16924	8345	22515	22441
2 Indice d'assiduité à la CPN	3,5	2,8	4	2,7	2,4
CPN	1218	1 496	5 695	5 695	5 941
3 Taux de couverture en BCG	1,90	73,24	102,56	59,79	119,57
BCG	48	1894	2718	1624	3329
4 Taux de couverture en VAR	1,50	62,45	159,50	43,74	98,06
VAR	38	1615	4227	1188	2730
5 Taux de couverture en DTC3	2,97	278,03	300,33	150,47	121,44
DTC3	75	7190	7959	4087	3381

Tableau 8 : Evolution des indicateurs de performance de 1994 à 1998.

Indicateurs	1994	1995	1996	1997	1998
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
1 Effectif de la Population	71 349	73 133	74 961	76 835	78 756
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois	4	4	4	4	4
2 Effectif enfants de 0 à 11 mois	2 854	2 925	2 998	3 073	3 150
Pourcentage des femmes en âge de procréer	22	22	22	22	22
3 Effectif des femmes en âge de procréer	15 697	16 089	16 491	16 904	17 326
Pourcentage des femmes enceintes	5	5	5	5	5
4 Effectif des femmes enceintes attendues	3 567	3 657	3 748	3 842	3 938
B DE RESSOURCES FINANCIERES					
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	0,3121	0,2288	0,2056	0,2371	0,2647
Bénéfice brut =					
vente	9 406 927	7 409 862	7 651 022	9 849 365	13 274 446
Achat	30 138 005	32 371 720	37 201 675	41 540 410	50 141 345
recettes des prestations	21 473 465	25 880 015	27 939 710	29 259 849	28 549 665
dépenses des prestations	1 830 280	8 541 834	19 061 082	18 386 980	19 681 191
2 Taux d'équilibre des prestations	11,73	3,02	1,46	1,59	1,45
recettes de la maternité	5 512 000	5 576 500	5 560 000	5 953 500	5 970 000
dépenses de la maternité	7 838 184	9 559 761	9 928 351	12 267 109	12 709 027
3 Taux d'équilibre de la maternité	0,70	0,58	0,56	0,48	0,46
recettes de la pharmacie	30 138 005	32 371 720	37 201 675	41 540 410	50 141 345
dépenses de la pharmacie	20 731 078	24 961 858	29 550 653	31 691 045	36 866 899
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	1,45	1,29	1,25	1,31	1,36
recettes de la pharmacie	30 138 005	32 371 720	37 201 675	41 540 410	50 141 345
dépenses de la pharmacie	20 731 078	24 961 858	29 550 653	31 691 045	36 866 899
5 Taux d'équilibre du laboratoire	50,71	80,67	71	5,76	4,55
C DE RESSOURCES HUMAINES					
Nombre total du personnel	17	17	21	21	20
1 Ratio d'adéquation des ressources humaines	4 197	4 302	3 510	3 659	3 938
Nombre de médecins	4	4	4	4	3
2 Ratio médecins par habitants	17837	18283	18740	19209	26252
Nombre d'infirmier	4	4	4	4	4
3 ratio infirmier / habitants	17837	18283,25	18740,25	19208,75	19689
Nombre de sage -Femmes	1	1	2	2	2
4 Ratio de sage-femme	71349	73133	37481	38418	39378
Chiffre d'Affaire du Centre	51 611 470	58 251 735	65 141 385	70 800 259	78 691 010
5 Productivité du personnel (annuelle)	3035969	3426573	3101971	3371441	3934551
Chiffre d'Affaire des CC	8 706 100	10 280 900	11 664 900	12 016 600	10 538 000
6 Productivité annuelle du médecin	2176525	2570225	2916225	3004150	3512667
D D'UTILISATION DES SERVICES					
1 Taux d'utilisation de la consultation curative	32	33	38	39	40
consultation curative	22912	24335	28477	30045	31336
2 Indice d'assiduité à la CPN	2,3	2,3	2	2,2	1,8
CPN	5 686	5 891	5 704	5 877	6 282
3 Taux de couverture en BCG	105,08	106,32	96,46	111,03	106,92
BCG	2999	3110	2892	3412	3368
4 Taux de couverture en VAR	112,92	112,17	82,78	108,29	108
VAR	3223	3281	2482	3328	3402
5 Taux de couverture en DTC3	95,93	85,19	93,42	111,38	106,28
DTC3	2738	2492	2801	3423	3348

Tableau 9 : Evolution des indicateurs de performance de 1999 à 2003

Indicateurs	1999	2000	2001	2002	2003
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
1 Effectif de la Population	80 725	82 743	84 812	86 932	89 105
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois	4	4	4	4	4
2 Effectif enfants de 0 à 11 mois	3 229	3 310	3 392	3 477	3 564
Pourcentage des femmes en âge de procréer	22	22	22	22	22
3 Effectif des femmes en âge de procréer	17 760	18 203	18 659	19 125	19 603
Pourcentage des femmes enceintes	5	5	5	5	5
4 Effectif des femmes enceintes attendues	4 036	4 137	4 241	4 347	4 455
B DE RESSOURCES FINANCIERES					
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	0,14	0,22	0,19	0,16	0,22
Bénéfice brut =	6 902 290	12 421 365	12 182 615	9 582 455	10 697 269
vente	47 855 905	56 251 310	61 845 480	57 322 185	46 745 395
Achat	40 953 615	43 829 945	49 662 865	47 739 730	36 048 126
2 Taux d'équilibre des prestations	3,77	1,45	1,63	1,46	1,43
recettes des prestations	30 444 095	36 048 690	34 154 520	35 177 815	43 254 605
dépenses des prestations	8 056 667	24 770 474	20 864 709	24 040 485	30 197 700
3 Taux d'équilibre de la maternité	0,80	0,22	0,58	0,67	0,81
recettes de la maternité	6 433 000	6 696 000	6 904 500	7 776 500	7 725 500
dépenses de la maternité	8 024 542	29 358 746	11 705 710	11 440 692	9 492 210
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	1,16	1,28	1,24	1,20	1,29
recettes de la pharmacie	47 855 905	56 251 310	61 845 480	57 322 185	46 745 395
dépenses de la pharmacie	40 953 615	43 829 945	49 662 865	47 739 730	36 048 126
5 Taux d'équilibre du laboratoire	6,07	7,22	8,83	5,03	4,64
C DE RESSOURCES HUMAINES					
Nombre total du personnel	20	20	20	20	20
1 Ratio d'adéquation des ressources humaines	4 036	4 137	4 241	4 347	4 455
Nombre de médecins	3	3	3	3	3
2 Ratio médecins par habitants	26908	27581	28271	28977	29702
Nombre d'Infirmier	4	4	4	4	4
3 ratio infirmier / habitants	20181	20686	21203	21733	22276
Nombre de sage -Femmes	2	2	2	2	2
4 Ratio de sage-femme	40363	41372	42406	43466	44553
Chiffre d'Affaire du Centre	78 300 000	92 300 000	96 000 000	92 500 000	90 000 000
5 Productivité du personnel (annuelle)	3915000	4615000	4800000	4625000	4500000
Chiffre d'Affaire des CC	9 199 000	9 535 500	8 447 100	8 358 500	8 890 500
6 Productivité annuelle du médecin	3066333	3178500	2815700	2786167	2963500
D D'UTILISATION DES SERVICES					
1 Taux d'utilisation de la consultation curative	30	33	41	30	36
consultation curative	24432	26896	34903	26036	32404
2 Indice d'assiduité à la CPN	2	1,8	2,2	2	1,7
CPN	6 064	6 308	6 559	7 423	7 513
3 Taux de couverture en BCG	103,93	108,09	183,34	122,80	96,52
BCG	3356	3578	6219	4270	3440
4 Taux de couverture en VAR	104,36	89,12	132,81	81,07	80,80
VAR	3370	2950	4505	2819	2880
5 Taux de couverture en DTC3	112,10	127,40	118,60	114,84	89,14
DTC3	3620	4217	4023	3993	3177

Tableau 10 : Evolution des indicateurs de performance de 2004 à 2008

Indicateur	2004	2005	2006	2007	2008
A SOCIO-DEMOGRAPHIQUES					
1 Effectif de la Population	91 333	93 616	95 956	98 355	100 754
Pourcentage enfants de 0 à 11 mois	4	4	4	4	4
2 Effectif enfants de 0 à 11 mois	3 653	3 745	3 838	3 934	4 030
Pourcentage des femmes en âge de procréer	22	22	22	22	22
3 Effectif des femmes en âge de procréer	20 093	20 596	21 110	21 638	22 166
Pourcentage des femmes enceintes	5	5	5	5	5
4 Effectif des femmes enceintes attendues	4 567	4 681	4 798	4 918	5 038
B DE RESSOURCES FINANCIERES					
1 Taux de bénéfice brut en Médicaments	0,29	0,25	0,33	0,31	0,24
Bénéfice brut =					
vente	11 115 345	15 025 335	21 474 307	22 149 028	17 716 021
Achat	37 965 105	58 495 590	64 031 025	70 647 438	71 559 751
Achat	26 849 760	43 470 255	42 556 718	48 498 410	53 843 730
2 Taux d'équilibre des prestations	1,29	1,44	1,13	1,11	1,33
recettes des prestations	47 534 895	40 104 410	36 968 975	36 352 562	39 440 249
dépendances des prestations	36 751 154	27 821 552	32 564 577	32 663 065	29 624 145
3 Taux d'équilibre de la maternité	0,99	0,87	0,58	0,10	0,88
recettes de la maternité	9 162 500	9 425 000	9 547 500	10 664 500	11 270 085
dépendances de la maternité	9 204 835	10 732 972	16 276 142	99 383 147	12 800 335
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	1,41	1,34	1,50	1,45	1,32
recettes de la pharmacie	37 965 105	58 495 590	64 031 025	70 647 438	71 559 751
dépendances de la pharmacie	26 849 760	43 470 255	42 556 718	48 498 410	53 843 730
5 Taux d'équilibre du laboratoire	4,03	6,16	9,79	14,4	9
C DE RESSOURCES HUMAINES					
Nombre total du personnel	20	20	20	20	20
Ratio d'adéquation des ressources humaines	4 567	4 681	4 798	4 918	
Nombre de médecins	3	3	3	3	3
2 Ratio médecins par habitants	30 444	31 205	31 985	32 785	33 585
Nombre d'Infirmier	4	4	4	4	4
3 ratio infirmier / habitants	22 833	23 404	23 989	24 589	25 189
Nombre de sage -Femmes	2	2	2	2	2
4 Ratio de sage-femme	45666,5	46808	47978	49178	50377
Chiffre d'Affaire du Centre	85 500 000	98 600 000	101 000 000	107 000 000	111 000 000
5 Productivité du personnel (annuelle)	4275000	4930000	5050000	5350000	5550000
Chiffre d'Affaire des CC	7 397 500	7 910 500	7 629 375	7 823 100	6 804 475
6 Productivité annuelle du médecin	2465833	2636833	2543125	2607700	2268158
D D'UTILISATION DES SERVICES					
1 Taux d'utilisation de la consultation curative	35	37	33	42	40
consultation curative	31 972	34 382	31 509	41 513	40 115
2 Indice d'assiduité à la CPN	2	1,8	2,1	2,6	2,47
CPN	8 899	9 252	10 277	12 381	11874
3 Taux de couverture en BCG	59,51	57,91	53,10	66,09	83,97
BCG	2174	2169	2038	2600	3384
4 Taux de couverture en VAR	44,04	43,79	31,78	41,96	81,58
VAR	1609	1640	1220	1651	3288
5 Taux de couverture en DTC3	63,70	51,96	47,91	63,19	75,70
DTC3	2327	1946	1839	2486	3051

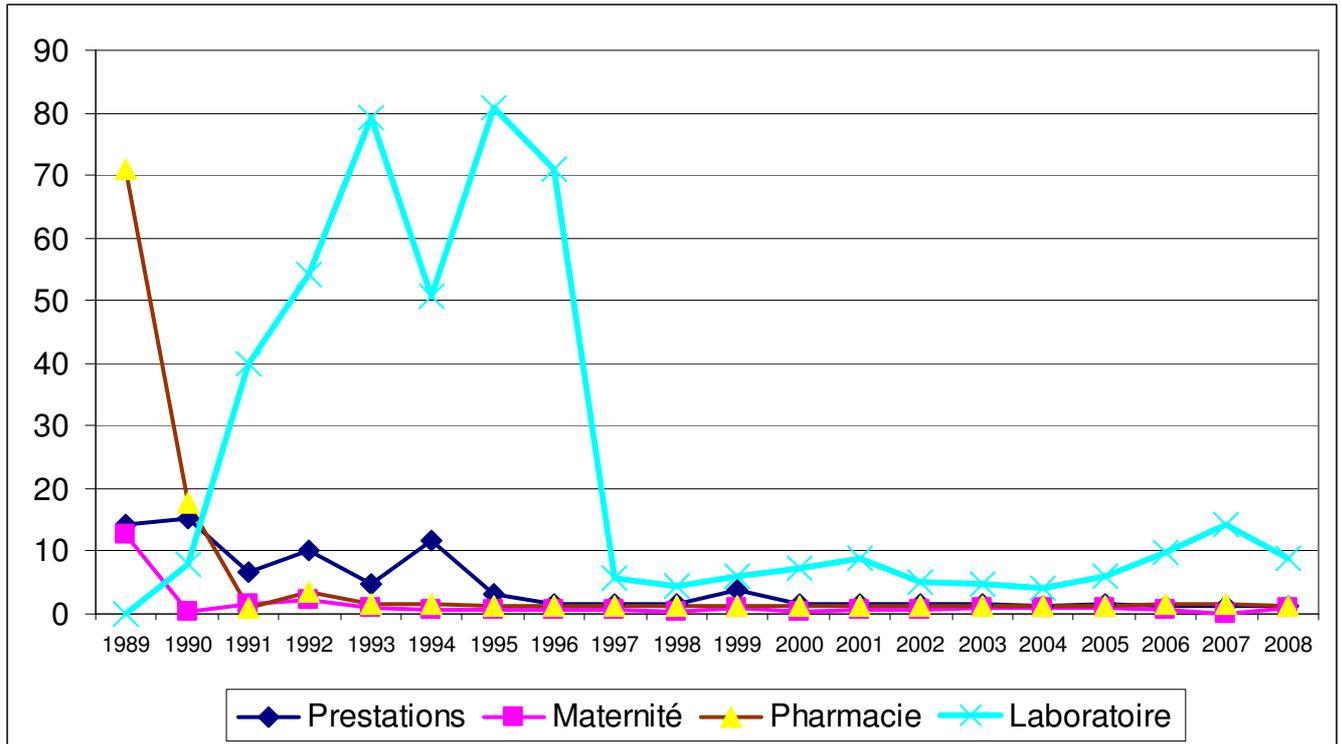


Figure 3 taux d'équilibre : prestations, maternité, pharmacie, laboratoire.

Le graphique ci-dessus permet de faire les constats suivants :

- Une diminution progressive du taux d'équilibre des prestations ;
- La maternité n'a pas pu se prendre en charge de 1990 jusqu'à 2008 ;
- Une chute brutale du taux d'équilibre de la pharmacie de 1989 à 1991 dû à la diminution du stock initial de médicament ;
- Quant au laboratoire, on observe une augmentation croissante liée en partie à la gratuité des réactifs fournis par l'INRSP de 1989 à 1997.

5.2 Evolution des activités du CSCOM.

5.2.1 Consultations médicales.

Tableau 11 : Evolution des Consultations médicales selon la provenance.

Période	Banconi		Commune 1		Autres quartiers		TOTAL
	Nouveaux	Anciens	Nouveaux	Anciens	Nouveaux	Anciens	
1989	1070	1200	1678	1611	847	989	7395
1990	4001	3110	2897	3198	887	831	14924
1991	2038	3070	1215	1103	356	563	8345
1992	4005	3980	3810	5466	1708	3546	22515
1993	6 418	7 293	2 177	2 536	1 721	2 289	22434
1994	8 553	8 446	1 222	1 589	1 764	1 338	22912
1995	6 957	7 903	2 371	2 773	1 881	2 470	24355
1996	8 278	7 040	5 009	3 518	1 400	3 232	28477
1997	6 915	12 405	3 230	2 688	2 118	2 689	30045
1998	6 867	13 444	3 229	4 001	1 065	2 730	31336
1999	6090	10909	840	3062	998	3533	25432
2000	10040	10101	702	4070	903	2080	27896
2001	10060	10967	2640	8040	806	3390	35903
2002	11302	5541	3958	2178	1760	297	25036
2003	14592	8520	4472	1303	1695	1729	32311
2004	11123	5681	6269	2568	4449	1871	31961
2005	11409	6028	6572	2993	4686	2694	34382
2006	11194	6057	5235	3531	3743	1749	31509
2007	17721	7185	6254	2880	5752	1721	41513
2008	17744	12341	4683	2137	1932	1358	40195
Total	327 598		129 708		81 570		538 876
%	60,80		24,07		15,13		100

Source : Rapports d'activités de l'ASACOBA [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34]

Les patients fréquentant l'ASACOBA viennent à 60,80 % de Banconi, à 24,07 % des autres quartiers de la commune 1 et seulement à 15,13 % des autres quartiers du district de Bamako hors mi ceux de la commune 1.

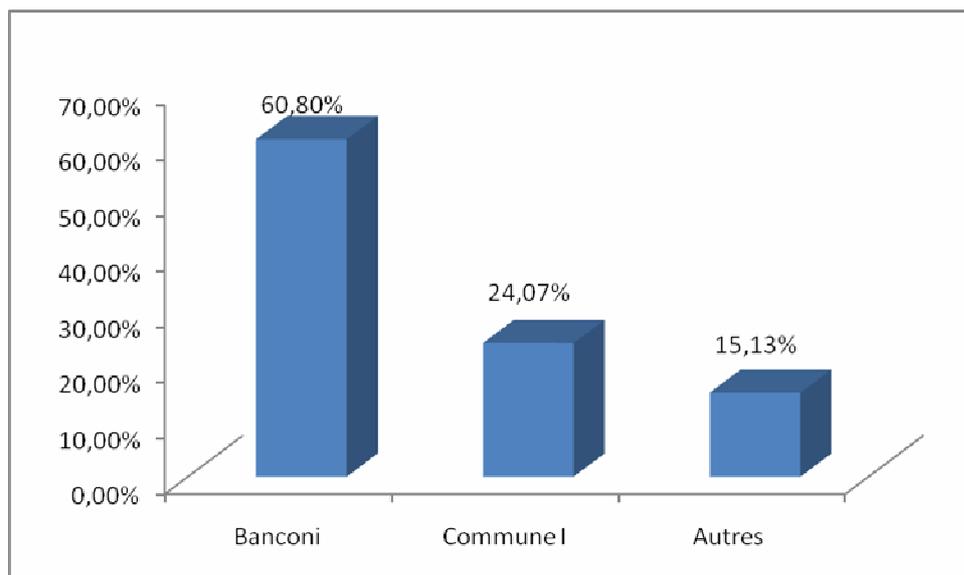


Figure 4 Répartition des consultations médicales selon la provenance.

Tableau 12 : Evolution des Consultations médicales selon la fréquentation.

ANNEE	Consultation médicales		Total	Fréquentation
	Nouveaux	Anciens		
1989	3 140	4 255	7 395	42,4
1990	6 397	10 527	16 924	37,79
1991	4 300	4 045	8 345	51,52
1992	12 462	10 053	22 515	55,34
1993	8 927	13 514	22 441	39,77
1994	10 605	12 307	22 912	46,28
1995	11 209	13 115	24 335	46,06
1996	11 687	16 790	28 477	41,04
1997	12 550	17 495	30 045	41,77
1998	9 908	21 428	31 336	31,61
1999	8 787	15 645	24 432	35,96
2000	6 747	20 149	26 896	25,08
2001	13 313	21 590	34 903	38,14
2002	17 110	8 926	26 036	65,71
2003	23 756	8 648	32 404	73,31
2004	22 669	9 303	31 972	70,90
2005	24 476	9 906	34 382	71,18
2006	22 434	9 075	31 509	71,19
2007	27 665	13 848	41 513	66,64
2008	28 662	11 453	40 115	71,44
TOTAL	286 804	252 072	538 876	53,22
%	53,22%	46,78%	100%	100

Le centre a effectué moins de nouveaux cas que d'anciens cas en 1989 et 1990, ensuite de 1993 à 2001, contrairement en 1991 et 1992 puis de 2002 à 2008. On observe au cours de la période que le centre de santé de l'ASACOB fait l'objet d'une utilisation par les utilisateurs de services de l'ordre de 53,22% contre 46,78 % de patients qui ont déjà utilisé les services du CSCOM.

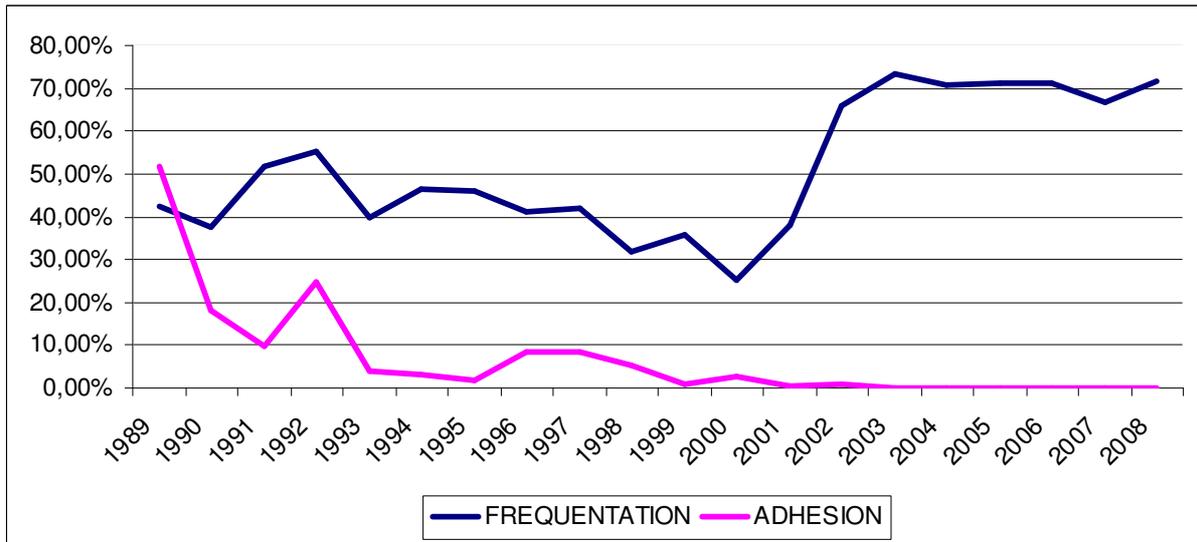


Figure 5 : Evolution du taux d'adhésion et de la fréquentation du centre.

On constate que, plus le centre est fréquenté, plus son taux d'adhésion diminue. Cette situation dénote non seulement de la négligence de la population mais aussi d'un déficit de sensibilisation en direction des utilisateurs de services.

5.2.2 Consultations prénatales.

Tableau 13 : Evolution des CPN de 1989 à 2008.

ANNEE	NOUVEAUX	ANCIENS	TOTAL
1989	344	874	1218
1990	1 334	162	1 496
1991	1 427	4 268	5 695
1992	2 107	3 588	5 695
1993	2 467	3 474	5 941
1994	2 512	3 174	5 686
1995	2 588	3 303	5 891
1996	2 796	2 908	5 704
1997	2 620	3 257	5 877
1998	3 474	2 808	6 282
1999	2 974	3 090	6 064
2000	3 490	2 818	6 308
2001	2 960	3 599	6 559
2002	3 732	3 691	7 423
2003	4 633	2 880	7 513
2004	5 130	3 769	8 899
2005	4 911	4 341	9 252
2006	4 668	5 609	10 277
2007	4 975	7 406	12 381
2008	4 802	7072	11874
TOTAL	63944	72 091	136 035
%	47,01%	52,99%	100%

Les consultations prénatales ont évolué de manière irrégulière en passant de 1 218 CPN en 1989 à 12381 CPN en 2007 puis elles ont subi une baisse à 11874 en 2008. Les nouvelles consultantes prénatales ont représenté **47,01** % lors du suivi prénatal de routine pendant cette période écoulée.

Tableau 14: L'indice d'assiduité à la consultation prénatale.

ANNEE	CONSULTATIONS PRENATALES		RESULTATS
	Nouveaux (A)	Anciens (B)	
1989	344	874	3,5
1990	1 334	2 355	2,8
1991	1 427	4 268	4,0
1992	2 107	3 588	2,7
1993	2 467	3 474	2,4
1994	2 512	3 174	2,3
1995	2 588	3 303	2,3
1996	2 796	2 908	2,0
1997	2 620	3 257	2,2
1998	3 474	2 808	1,8
1999	2 974	3 090	2,0
2000	3 490	2 818	1,8
2001	2 960	3 599	2,2
2002	3 732	3 691	2,0
2003	4 633	3 164	1,7
2004	3 474	3 769	2,0
2005	5 130	4 341	1,8
2006	4 911	5 609	2,1
2007	4 668	7 406	2,6
2008	4 802	7 072	2,5
TOTAL	62 443	69 743	2,1

L'indice d'assiduité = Nombre de consultations prénatales (Nouvelles + Anciennes)/
Nombre de nouvelles consultantes soit = $(A + B) / A$.

Le plus grand indice d'assiduité a été observé en 1991 soit 4 contre le plus faible soit 1,7 en 2003 avec une variation irrégulière pour les autres années.

5.1.3 ACCOUCHEMENTS.**Tableau 15:** Evolution des Accouchements de 1989 à 2008.

Année	Accouchements assistés	Total Accouchements	Taux d'utilisation de la maternité %
1989	4 372	4 373	100,0
1990	1 987	2 037	97,5
1991	2 223	2 545	87,3
1992	2 651	2 882	92,0
1993	2 464	2 908	84,7
1994	2 416	2 669	90,5
1995	2 209	2 631	84,0
1996	2 293	2 708	84,7
1997	2 398	3 015	79,5
1998	2 473	2 829	87,4
1999	3 054	3 401	89,8
2000	3 282	3 542	92,7
2001	3 380	3 625	93,2
2002	3 760	4 065	92,5
2003	3 619	3 969	91,2
2004	4 396	4 713	93,3
2005	4 513	4 799	94,0
2006	4 196	4 409	95,2
2007	4 266	4 474	95,4
2008	4 126	4 288	96,22
TOTAL	59 952	65 594	91,39

Dès la première année le centre a enregistré 100% du taux d'utilisation de la maternité, le plus faible a été constaté en 1997 soit 79,5%, ce qui montre que la population de Banconi a compris la notion de santé maternelle.

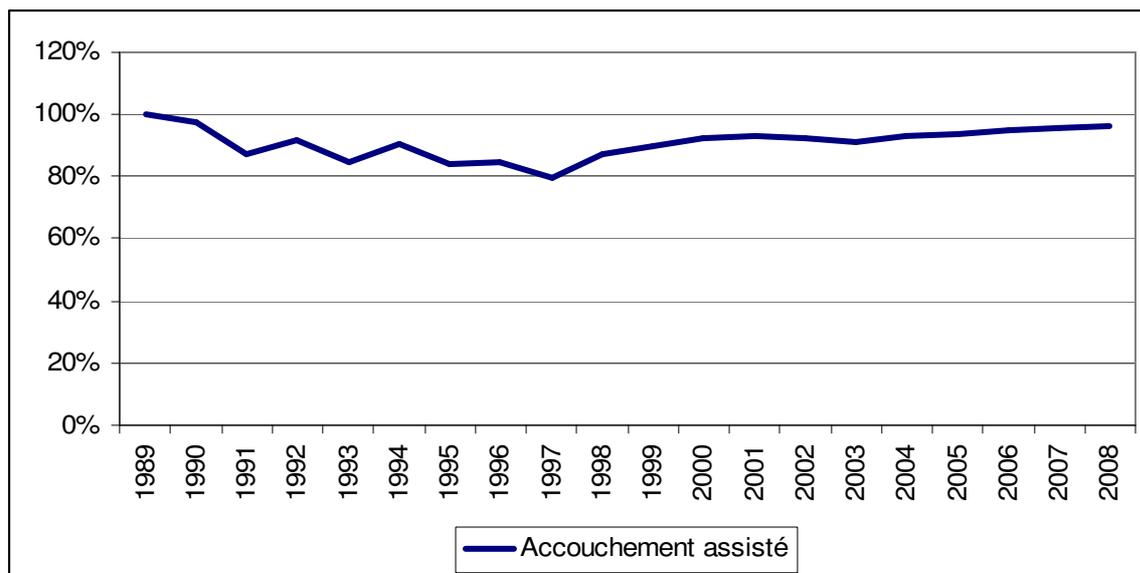


Figure 6 : Evolution du taux d'accouchements assistés.

Tableau 16 : Evolution de la planification familiale.

ANNEES	FORME ORALE	FORME INJECTABLE	TOTAL
1989	-	-	-
1990	162	13	175
1991	836	27	863
1992	998	42	1040
1993	345	453	798
1994	865	953	1818
1995	686	781	1467
1996	345	533	878
1997	241	453	694
1998	234	510	744
1999	155	505	660
2000	78	281	359
2001	54	618	672
2002	49	852	901
2003	81	754	835
2004	147	541	688
2005	746	454	1200
2006	435	513	948
2007	270	693	963
2008	264	606	870
TOTAL	6991	9582	16573
%	42,18	57,82	100

Le centre n'a pas enregistré de planification à sa première année , dans l'ensemble la forme injectable était la plus utilisée comme méthode de contraception avec 57,82%.

5.2.4 VACCINATION

Tableau 17 : Evolution du statut vaccinal par antigènes.

ANNEE	BCG	DTCP3	VAR	VAT
1989	48	75	38	144
1990	1894	7190	1615	3692
1991	2718	7959	4227	4151
1992	1624	4087	1188	2612
1993	3329	3381	2730	1519
1994	2999	2738	3223	1556
1995	3110	2492	3281	1178
1996	2892	2801	2482	1220
1997	3412	3423	3328	1312
1998	3368	3348	3402	1390
1999	3356	3620	3370	1591
2000	3578	4217	2950	2266
2001	6219	4023	4505	1125
2002	4270	3993	2819	2200
2003	3440	3177	2880	1728
2004	2174	2327	1609	1655
2005	2169	1946	1640	1633
2006	2038	1839	1220	1515
2007	2600	2486	1651	1832
2008	3384	3051	3288	2115

La couverture vaccinale était satisfaisante dans l'ensemble pour ces différents antigènes sauf à la première année d'exercice.

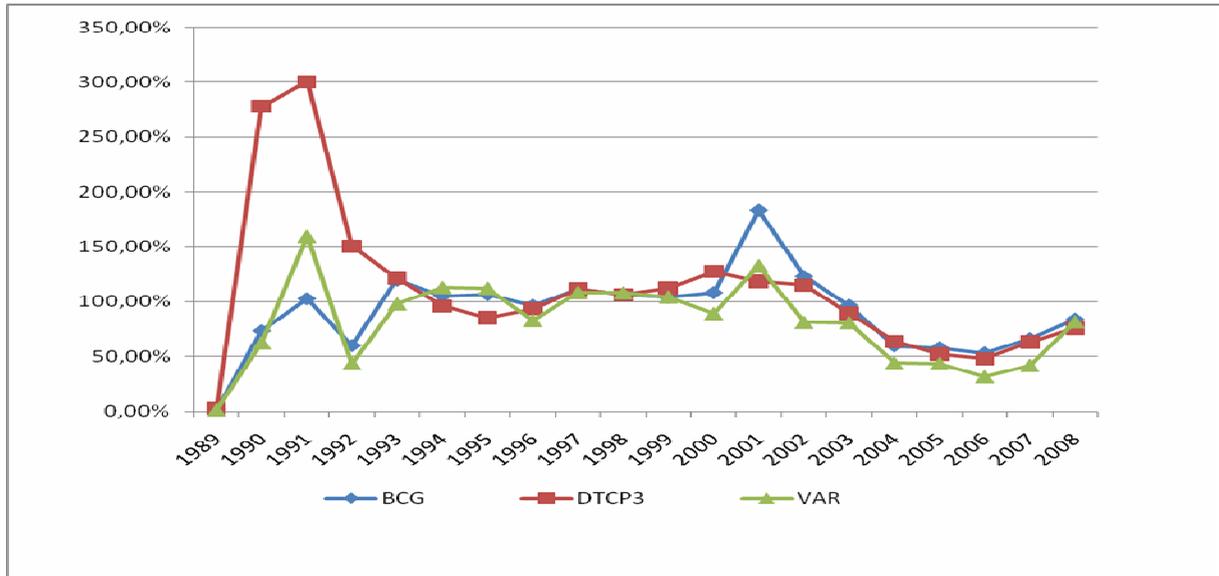


Figure 7: Evolution de la couverture vaccinale des enfants de moins d'un un par antigènes.

On observe une hausse du taux de vaccination pour certains vaccins tel que le DTCP3 de 1989 à 1991. Puis il se stabilise pour l'ensemble des antigènes sauf le BCG jusqu'à 2002, ensuite il a subi une baisse aux alentours de 50% pour le reste de la période.

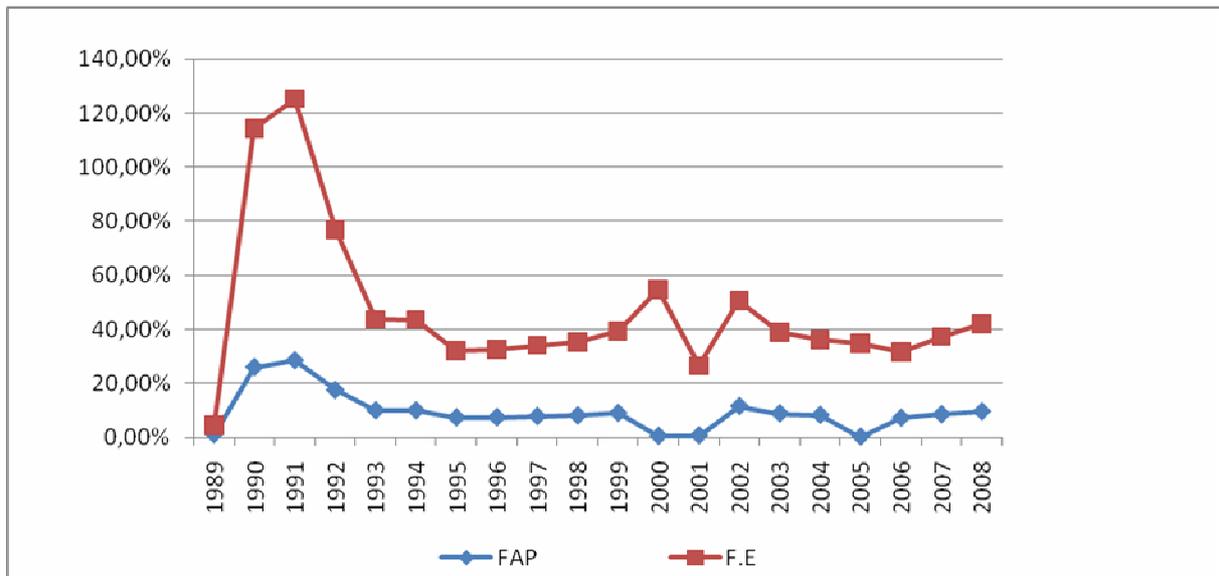


Figure 8 : Evolution de la couverture vaccinale des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes.

Le taux de vaccination des femmes enceintes a nettement dépassé celui des femmes en âge de procréer.

5.2.5 EVOLUTION DES ACTIVITES DU LABORATOIRE.**Tableau 18 Evolution des examens de bactériologie et de sérologie.**

ANNEES	BACTERIOLOGIE				SEROLOGIE		
	ECBU	FV	PLUS	. BW	TOXO	WIDAL	HIV
1990	37	435	7	112	3	15	5
1991	44	502	12	152	7	33	3
1992	315	499	29	468	12	17	7
1993	547	559	15	1063	23	23	11
1994	451	373	11	1125	13	35	5
1995	686	577	6	1274	5	51	33
1996	539	592	38	891	14	48	17
1997	417	512	18	820	7	53	12
1998	325	468	4	746	4	65	28
1999	245	474	4	790	20	21	35
2000	211	433	3	854	5	33	85
2001	178	256	5	910	11	98	198
2002	12	162	9	995	21	116	930
2003	112	94	23	813	35	198	854
2004	100	46	21	829	40	227	970
2005	81	32	34	945	37	168	1799
2006	121	23	16	1040	25	174	1583
2007	72	15	13	986	29	146	1144
2008	52	3	7	612	28	99	1799
TOTAL	4545	6055	275	15425	339	1620	9518

Le laboratoire a commencé à fonctionner à partir de 1990 et on constate une baisse des analyses du laboratoire notamment le ECBU, PF, PUS dans les trois dernières années.

Tableau 19 Evolution des examens de hématologie et de parasitologie.

ANNEE	HEMATOLOGIE					PARASITOLOGIE		
	TE	NFS	HB	RH	ALBS.	GE	POK	CULOT
1990	413	112	324	432	75	173	689	27
1991	569	169	456	558	101	213	811	61
1992	417	155	534	448	599	251	664	31
1993	1065	228	567	1031	604	44	1525	23
1994	1132	183	601	1056	450	119	1442	41
1995	1121	296	599	1093	483	186	1327	12
1996	738	298	711	677	352	196	1676	11
1997	630	240	745	557	619	212	1490	15
1998	422	231	810	544	629	305	1487	20
1999	554	309	814	590	672	777	837	28
2000	655	436	782	677	645	898	873	23
2001	754	452	856	693	690	979	785	19
2002	810	144	903	779	723	1507	618	12
2003	643	78	596	741	721	722	375	19
2004	645	231	615	646	602	2518	365	9
2005	631	248	737	574	747	3085	443	11
2006	760	345	927	642	814	2472	318	5
2007	796	287	1073	647	808	3231	286	12
2008	467	160	612	459	553	1932	162	9
Total	13 222	4602	13 262	12844	10887	19 820	16173	388

Le laboratoire a commencé à fonctionner à partir de 1990, les examens de bactériologie de parasitologie de d'hématologie et de sérologie y sont fréquemment effectués.

5.3 EVOLUTION DU PERSONNEL.

Tableau 20 Evolution du personnel de 1989 à 2008 à l'ASACOBA.

ANNEES	MEDECIN	SAGE FEMME	INFIRMIERS IDE/TSS	MATRONE	GARDIEN	CHAUF FEUR	AUTRE	TOTAL
1989	1	0	1	0	1	0	0	3
1990	2	1	2	3	2	0	1	11
1991	3	1	4	3	2	0	3	16
1992	3	1	4	3	2	0	3	16
1993	3	1	4	3	2	0	3	16
1994	4	1	4	3	2	0	3	17
1995	4	1	4	3	2	0	3	17
1996	4	2	4	5	2	1	3	21
1997	4	2	4	5	2	1	3	21
1998	3	2	4	5	2	1	3	20
1999	3	2	4	5	2	1	3	20
2000	3	2	4	5	2	1	3	20
2001	3	2	4	5	2	1	3	20
2002	3	2	4	5	2	1	3	20
2003	3	2	4	5	2	1	3	20
2004	3	2	4	5	2	1	3	20
2005	3	2	4	5	2	1	3	20
2006	3	2	4	5	2	1	3	20
2007	3	2	4	5	2	1	3	20
2008	3	2	4	5	2	1	3	20

NB : Autres = 1 Gérant et 2 Biologistes

Le centre a démarré avec seulement trois personnels, ce nombre a pratiquement triplé: 11 en 1990, 16 de 1991 en 1993, à 17 en 1994 et 1995, à 21 en 1996 et 1997, il est resté constant à 20 de 1998 à nos jours (2008).

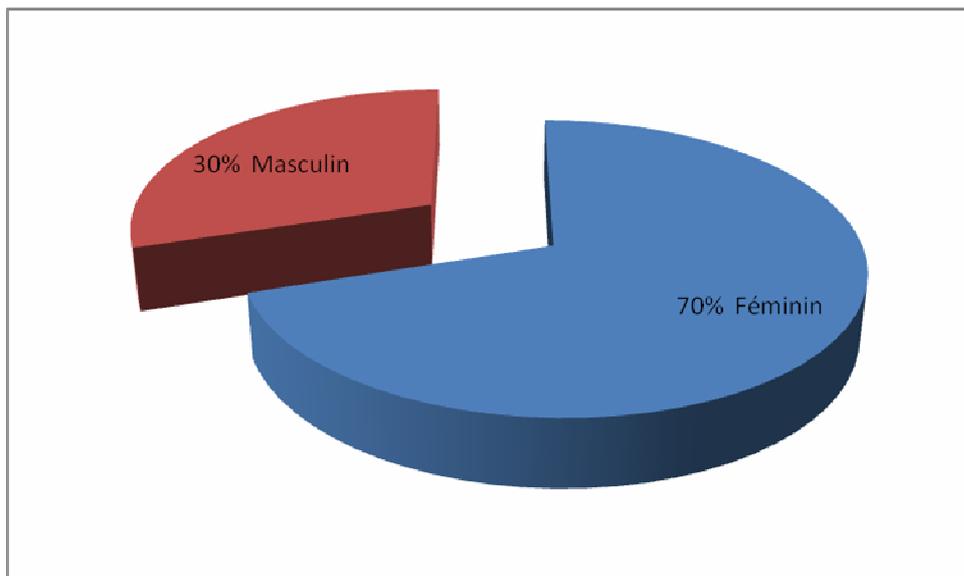


Figure 9 : Répartition des personnels selon le sexe.

Le sexe féminin représentait 70% du personnel avec un sexe ratio de 0,43.

Tableau 21: Répartition des personnels selon le nombre d'années de service.

NOMBRE D'ANNEE	FREQUENCE	%
1-5	3	15
5-14	5	25
15-20	12	60
Total	20	100

On constate 60% du personnel du centre a entre 15 et 20 ans de service dont 20% d'entre eux travaillent depuis la création du centre.

Tableau 22: Répartition des personnels selon leur qualification.

QUALIFICATION	FREQUENCE	%
Médecin	3	15,0
Sage femme	3	15,0
Infirmier	4	20,0
Aide soignant	5	25,0
Biologiste	1	5,0
Chauffeur	1	5,0
Comptable	1	5,0
Gardien	2	10,0
Total	20	100,0

Il y a trois médecins, trois sages femmes, quatre infirmiers, cinq aides-soignants, un biologiste, un chauffeur, un comptable et deux gardiens.

Tableau 23: Répartition des personnels selon leur participation à la création de l'ASACOBA.

PARTICIPATION	FREQUENCE	%
ont participé	4	20,0
n'ont pas participé	16	80,0
Total	20	100,0

Selon l'enquête auprès du personnel on retrouve que seulement quatre ont participé à la création de l'ASACOBA. Il s'agit d'un médecin, un gardien, un biologiste et un aide soignant.

Tableau 24 : Répartition des personnels selon leur degré de motivation pour le travail.

MOTIVATION	FREQUENCE	%
Motivé	11	55,0
Non motivé	9	45,0
Total	20	100,0

Plus de la moitié des personnels affirment que leurs conditions de travail sont satisfaisantes, les 45% disent le contraire par ce qu'il n'y a pas motivation financière d'encouragement.

Tableau 25: Répartition des personnels selon la qualité de leur condition de travail.

SATISFACTION	FREQUENCE	%
satisfait	11	55,0
non satisfait	9	45,0
Total	20	100,0

Lors de cette enquête, plus de la moitié (55%) du personnel trouvent que leur condition de travail est satisfaisante. Les 45% trouvent le contraire à cause du salaire insuffisant, manque de matériels de travail.

5.4 LES OPINIONS DES USAGERS.

Tableau 26 : Répartition des usagers selon le sexe.

SEXE	FREQUENCE	%
Masculin	19	31,1
Féminin	42	68,9
Total	61	100,0

Le sexe féminin prédomine avec 68,9 %.

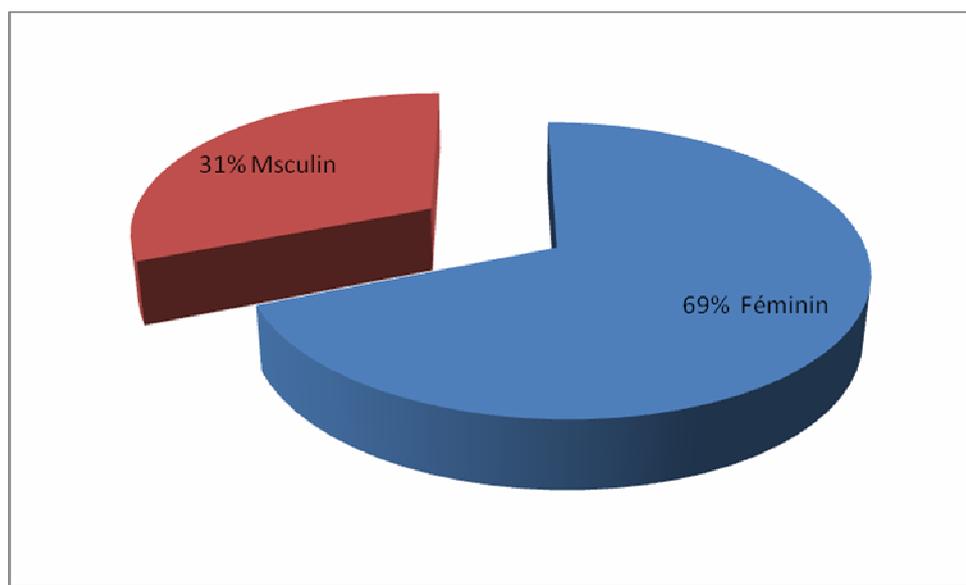


Figure 10 : Répartition des usagers selon le sexe.

Tableau 27: Répartition des usagers selon la tranche d'âge.

AGE	FREQUENCE	%
<= 4 ans	6	9,8
5 - 9 ans	4	6,6
15 - 19 ans	14	23,0
20 - 24 ans	9	14,8
25 - 29 ans	12	19,7
30 - 34 ans	3	4,9
35 -39 ans	3	4,9
40 - 44 ans	4	6,6
45 - 49 ans	3	4,9
50 ans et +	3	4,9
Total	61	100,0

L'interrogatoire a concerné la tranche d'âge de 15 à 75 ans, les renseignements sur les enfants ont été fournis par leurs mamans, ainsi la population de moins de 30 ans est la tranche d'âge la plus représentée avec 73,9% alors que les usagers de plus de 30 ans ne représentent que 26,1%.

Tableau 28: Répartition des usagers selon le type de personnel en consultation.

PERSONNEL	FREQUENCE	%
Médecin	56	91,8
Sage femme	5	8,2
Total	61	100,0

Parmi les usagers, 91,8% affirment avoir été consulté par un médecin, par contre seulement 8,2% par une sage-femme.

Tableau 29 : Répartition des usagers selon leur niveau d'alphabétisation.

NIVEAU	FREQUENCE	%
Non alphabétisé	32	52,5
Primaire	13	21,3
Secondaire	12	19,7
Supérieur	4	6,6
Total	61	100,0

Plus de la moitié de la population enquêtée est non alphabétisée.

Tableau 30: Répartition des usagers selon les raisons du choix de l'ASACOBA.

RAISONS	FREQUENCE	%
Coût moins cher	40	65,6
Proximité	11	18,0
Qualité des soins	10	16,4
Total	61	100,0

Dans notre population d'étude :

-65,6% ont choisi l'ASACOBA par ce que les coûts des prestations sont moins chers,

-18% par ce que c'est plus proche,

-16% par ce que les soins du centre sont de bonne qualité.

Tableau 31 : Répartition des usagers selon la source de connaissance de l'ASACOBA.

SOURCE	FREQUENCE	%
Parent	41	67,2
Ami	10	16,4
Personnel de l'ASACOBA	6	9,8
Autre	4	6,6
Total	61	100,0

Parmi la population enquêtée 67,2% ont connu l'ASACOBA par leurs parents, 16% par leurs amis, seulement 9,8% par les personnels du centre.

Tableau 32 Répartition des usagers selon les obstacles à l'adhésion.

OBSTACLES	FREQUENCE	%
Siège inconnu	16	45,71
Ignorance de démarche	14	40,0
Procédure compliquée	5	14,28
Total	35	100,0

Parmi ceux qui ne sont pas adhérent 45,71% ont pour raison l'ignorance du siège, 40% pour l'ignorance démarche, seulement 5% pour procédure compliquée.

Tableau 33 : Répartition des usagers selon leur avis sur le tarif de la consultation.

AVIS	FREQUENCE	%
Très abordable	59	96,8
Peu abordable	1	1,65
Sans opinion	1	1,65
Total	61	100,0

Presque tous les usagers soit **96,8%** trouvent que le tarif de consultation est très abordable.

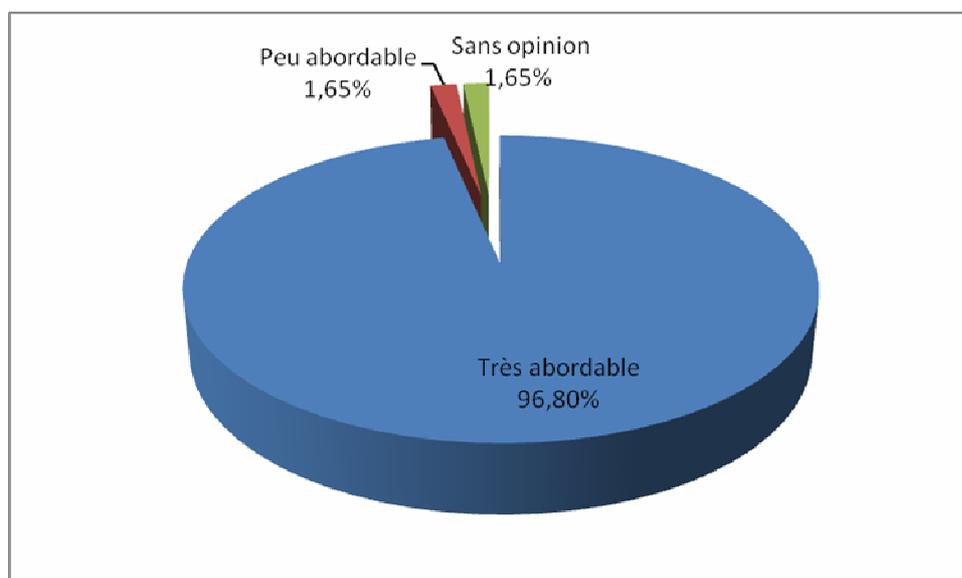


Figure 11: Répartition des usagers selon leur avis sur le tarif de la consultation.

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS:

6.1 Par rapport aux ressources financières.

L'ASACOB a démarré avec un fond de 3 891 250F [2] dont la source était répartie comme suite : 1 700 000F par Médecin du monde, 1 812 500F par la coopération française, 500 000F par l'UNICEF, 310 000F par la population de Banconi. On constate une intensification de l'activité du centre témoignée par l'augmentation progressive d'année en année des recettes et des charges.

Du point de vue des recettes :

La vente des médicaments occupe le premier rang (57,65%) puis viennent successivement autres recettes (13,21%), les examens échographiques et ECG (11,47%), la consultation (11,44%), et en fin le laboratoire soit 6,21%. Les recettes totales du centre ont passé de 30 477 515 à 111 000 000 FCFA de 1989 à 2008 de manière irrégulière.

Du point de vue dépenses :

L'achat de médicaments (43,76%) occupait le plus gros lot des charges du centre puis les salaires (25,68%), le fonctionnement (24,43%), les charges sociales (5,25%) et enfin l'achat des réactifs du laboratoire soit 0,73%. Le coût moyen de l'ordonnance était à 375FCFA en 1993 [2], selon notre étude sur un échantillon de 140 ordonnances étudiées le coût moyen de l'ordonnance a été estimé à 2 230F en 2009 ce qui est nettement supérieur à celui observé en 1993.

Du point de vue indicateurs de performance financière :

Les tableaux 6, 7, 8, et 9 nous donnent les indicateurs de performance financière pour les 20 ans d'activités du centre. L'intérêt de l'analyse financière est d'apprécier les performances du CSCOM en termes d'activité, de productivité et de rendement mais aussi d'évaluer son équilibre financier. Ces indicateurs sont souvent choisis selon leur pertinence. Le taux d'équilibre des prestations à l'ASACOB est de 1,44 en 2005, puis baisse aussitôt en 2008 avec un ratio de 1,33 selon MAIGA MM à l'ASACOB [31, 34]. Ce résultat est supérieur à celui du CSCOM de Cinzana selon le rapport de AG IKNANE en 2005 [39]. La pharmacie par contre peut prendre en

charge les frais liés à son fonctionnement avec un ratio de 1,34 en 2005 d'après MAIGA MM à l'ASACOBA [34] cette même valeur à été obtenue pour le CSCOM de Cinzana par AG IKNAE pour la même année [39]. Les recettes et les dépenses de la maternité n'ont pas pu s'équilibrer, il a été observé un taux toujours inférieur à 1 pendant les 20 ans écoulés. Le taux d'équilibre du centre de l'ASACOBA était 1,01 en 2008 selon MAIGA MM [34] ce qui est supérieur à celui obtenu par AG IKNAE en 2005 pour le CSCOM de Cinzana [35] soit 0,64.

6.2 Par rapport aux services.

Les consultations médicales ont subi une évolution irrégulière de 1989 à 2000, puis strictement croissante de 2001 jusqu'en 2008. Le taux de fréquentation le plus bas a été observé en 2000 soit 25,1%, à partir duquel ce taux a subi une évolution croissante pour atteindre son maximum en 2007 avec 87,8 %. On constate que le centre à sa première année d'exercice a effectué 51,8% d'adhésion, après laquelle ce taux a subi une forte régression significative jusqu'à nos jours (2008). Seulement les médecins consultent à l'ASACOBA contrairement à plus de 90% des Cscm au Mali [13]. Le taux de couverture à la CPN à l'ASACOBA en 2007 était à 99% selon MAIGA MM [33] ce résultat est plus meilleur que celui de BIAOU au BENIN soit 96% en 2007 [36] et à celui du Mali soit 78% pour l'année 2007 selon le rapport SLIS de la DNS [36]. L'indice d'assiduité de l'ASACOBA pour la CPN a évolué de manière irrégulière, cependant il était à 1,7 en 2003 selon MAIGA MM [29], par contre selon l'étude de SOUMANA.M en 2003 à Bacodjicoroni [38] il était 3,6.

Les résultats enregistrés ont montré que le taux d'accouchements assistés à l'ASACOBA était variable. Il était de 95,4 % en 2007 contre 82% au BENIN pour la même année selon BIAOU et al [36] et de 62% au BUKINA FASO durant la même période [36], par contre pour l'ensemble du pays (Mali) il était de 58% [37].

La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois à l'ASACOBA en 2008 était respectivement à 84% pour le BCG, 76% pour le DTCP, 82% pour le VAR selon MAIGA MM [34], par contre pour BIAOU au BENIN cette couverture était à 114% pour le BCG, 96% pour le DTCP3 et 92% pour le VAR [36]. Elle était 108% pour le BCG, 94% pour le DTCP3 et 89% pour le VAR selon le rapport SLIS de la DNS du Mali [37]. Cette couverture vaccinale était supérieure à 50% pour presque l'ensemble des vaccins sauf le BCG ; elle a même atteint des valeurs supérieures à 100% pour

certaines années sauf 1989. Ce taux serait lié à la mauvaise sous estimation de la population cible d'une part et d'autre part à la présence des enfants qui ne sont pas de l'aire de santé.

6. 3 Par rapport aux dirigeants de l'ASACO.

Notre enquête auprès des dirigeants a concerné trois leaders. Il s'agit du président du conseil d'administration, du président du comité de gestion et du médecin chef du centre. Ces dirigeants ont tantôt des idées communes tantôt des idées différentes par rapport à l'appréciation du niveau de performance du centre. Il ressort dans les résultats de cette étude des points forts et des points faibles :

S'agissant des points forts, les dirigeants interrogés affirment que les statuts et les règlements existent et sont appliqués.

S'agissant des points faibles, nous avons retrouvé en fin d'étude qu'il n'existe pas :

-un système d'information pour la population tel que la boîte à idée, le tableau d'affichage dans le Cscm ;

-le comité de surveillance ne joue pas pleinement son rôle dans le centre, il ne tient pas ses réunions statutaires de façon régulière ;

6.4 Par rapport aux personnels.

Le centre à sa création était tenu par quatre agents dont un médecin, un infirmier, un responsable de la pharmacie et un gardien [2] par contre il ressort de notre étude que le personnel du dit centre est constitué de trois médecins, de trois sages femmes, de trois infirmiers, cinq aides soignants, d'un comptable, d'un biologiste, de deux gardiens et d'un chauffeur. Le centre a commencé par le dispensaire et la pharmacie en Mars 1989, la maternité a ouvert ses portes en 1990 et le centre de l'enfant en 1991 [2]. S'agissant du ratio de personnel, on note un médecin pour 27972 habitants, un infirmier pour 23209 habitants, une sage femme 48 945 habitants. Ces résultats sont au dessus des normes de l'OMS (1/10 000), par contre le ratio de médecin a atteint 1/7728 habitants selon BIAOU au BENIN [36] en 2007.

Parmi les 20 personnels enquêtés 16 sont des femmes, 45% sont bambaras, 20% ont participé à la création de l'ASACOBBA, 60% ont 15 à 20 ans de service. La formation continue est désirée par 16 soit 80% de nos enquêtés, il y existe trois

sages femmes dont deux sont fonctionnaires étatiques. Plus de la moitié soit 55,5 % estime que leurs conditions de travail sont satisfaisantes, qu'ils sont tous motivés. Les 80% des personnels souhaitent bénéficier d'une formation complémentaire en santé.

6.5 Par rapport à l'opinion des usagers.

Notre enquête au près des usagers avec un effectif de 61, retrouve qu'ils sont en majorité féminin soit 68,9%. La tranche d'âge de moins de 15 ans est la plus représentée, dans l'étude de SOUMANA.M à Bacodjicoroni en 2003 [38] elle était de 15 à 24 ans des enquêtés. Presque tous les usagers trouvent que le coût du médicament est très abordable par contre dans l'étude menée par KANTA.K à SEGUE en 2007 [39] c'était seulement 39,6% des usagers. Tous les usagers déclarent avoir payé 500 F pour la consultation et ont affirmé à 96,8% que ce prix est très abordable, seulement 1,65% trouve que c'est peu abordable. Ils déclarent qu'ils sont tous satisfaits, sont tous prêts à retourner pour d'autres prestations, qu'ils conseillent aux parents aux amis à venir à l'ASACOBA en cas de problèmes de santé à 100%.

7. CONCLUSION

Aujourd'hui avec la création des CSCOM, la proportion de la population ayant accès au paquet minimum d'activités a augmenté. Cette étude nous a permis de connaître les services, l'évolution du personnel, les ressources financières de l'ASACOBA après 20 ans d'exercice et qui est resté un modèle de réussite en gestion de santé communautaire. Les patients fréquentant l'ASACOBA viennent à 60,8 % de Banconi, 24,07 % des autres quartiers de la commune 1 et seulement 15,13 % des autres quartiers du district de Bamako hors mi ceux de la commune 1. Le centre a démarré avec quatre agents par contre son personnel est composé de 20 agents en 2008. Les prestations des personnels sont bien appréciées par les utilisateurs de services qui sont à 100% satisfaits et sont tous prêts à retourner pour d'autres prestations. Les recettes totales du centre ont passé de 30 477 515 en 1989 à 111 000 000 FCFA en 2008. Les charges étaient 13 296 157 F en 1989 et ont atteint 105 000 000 FCFA en 2008. On retient que l'ASACOBA a pu couvrir ses dépenses par les recettes de ses activités en moyenne à 103,24 % depuis sa création jusqu'en 2008, l'ASACOBA est donc viable grâce à son système de recouvrement des coûts.

La santé communautaire apparaît comme la solution trouvée aux problèmes de santé par une responsabilisation des communautés dans la prise en charge de leur propre état de santé.

8. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes dans le tableau ci-dessous adressées aux responsables de l'ASACOBA.

CONSTATS	SOLUTIONS PROPOSEES
Faible adhésion des populations à l'association de santé communautaire	Informier et sensibiliser la population à travers des émissions à la radio et aux lieux de regroupement des chefs de famille
Faible capacité recouvrement des coûts de la maternité.	Réduire les charges de la maternité

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]-COPPEL C.

Le financement des services de santé au Mali, Argent et santé, CIE, 1993 ,113p.

[2]-MARIKO O.

Santé communautaire au Mali, cas de l'ASACOBA, Thèse de Doctorat en médecine, FMPOS, 1993, n°55, 159p.

[3]- DIAKITE B, DIARRA T, TRAORE S.

Etude socio économique et sanitaire, INRSP, 1990, 151p.

[4]- Ministère de la santé, Cellule de Planification et de la Statistique, Direction Nationale de la Statistique et de l'information.

Enquête Démographique et de Santé, EDSMIV (2006), Macro international, Décembre 2007, 497p.

[5]-Ministère de l'économie et de la finance.

Budget d'état loi des finances, MEF, Bamako, 2009,1497p.

[6]-MSPAS.

Déclaration de politique sectorielle de santé et de population, MSPAS, 15 Décembre 1990, 115p.

[7]-MSPAS.

Programme de développement sanitaire et social, PRODESS, BAMAKO, 1998,123p.

[8]-Ministère de la santé, Cellule de Planification et de la Statistique, Direction Nationale de la Statistique et de l'information.

Enquête Démographique et de Sante, EDSMIII (2001), Macro international, Juin 2002, 450p.

[9]- DIAKITE BA.

Condition de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Banconi, INRSP, Avril 1992, 115p.

[10]-DIARRA T, DIAKITE BA.

Le quartier de Banconi : étude socioéconomique et sanitaire, INRSP, Division santé communautaire, Novembre 1990, volume1, 151p.

[11]- SNV.

Etude monographique de la commune I, Bamako, Aout 2007, 135p.

[12]-BALIQUE H, OUATTARA O, AG IKNANE A.

Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, santé publique 2001, volume 13, N°1:(34-48).

[13]-AG IKNANE A et al.

Diagnostic institutionnel et organisationnel des ASACO du district de Bamako, GIE Santé Pour tous, Septembre 2000, 92p.

[14]-ROBIN A, AG IKNANE, SAMBE A, LALOGUE M.

Guide formation des centres de santé communautaires (CSCOM) Mali, Editions Graphique Industrie SA, 2000, 74p.

[15]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2002, 45p.

[16]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2003, 38p.

[17]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2004, 47p.

[18]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2005, 36p.

[19]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2006, 38p.

[20]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2007, 45p.

[21]-CAMARA C et al.

Rapport financier du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2008, 47p.

[22]-AG IKNANE A et al.

Une expérience nouvelle de prise en charge de la santé par les populations, Rapport d'activités, ASACOBA, Mai 1992, 48p.

[23]-AG IKNANE A et al.

Rapport d'activités 1992 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 1993, 24p.

[24]-AG IKNANE A et al.

Rapport bilan 1993-1998 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, Juillet 1999, 45p.

[25]-AG IKNANE A et al.

Rapport d'activités de 1999 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2000, 24p.

[26]-AG IKNANE A et al.

Rapport d'activités de 2000 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2001, 30p.

[27]-AG IKNANE A et al.

Rapport d'activités de 2001 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2002, 42p.

[28]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2002 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2003, 38p.

[29]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2003 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2004, 45p.

[30]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2004 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2005, 38p.

[31]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2005 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2006, 45p.

[32]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2006 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2007, 42p.

[33]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2007 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2008, 44p.

[34]-MAIGA MM et al.

Rapport d'activités de 2008 du CSCOM de Banconi, ASACOBA, 2009, 47p.

[35]-AG IKNANE A, SOORS W, ACKA DOUABELE C.

Evaluation du projet intégré de santé et d'activités mutualistes (PISAM) dans la commune rurale de CINZANA, Rapport commandité et financé par la Fondation , Novartis Pour un Développement Durable, Bamako, Février 2006, 99p.

[36]-BIAOU A, ADECHIAN D.

Tableau de bord social 2007, profils socio-économique, indicateur de développement, Cotonou, Décembre 2008, 145p.

[37]-Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Cellule de Planification et de la Statistique.

Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire par l'outil du réseau de métrologie sanitaire, Bamako, Mars 2009, 49p.

Document électronique :

« http://www.who.int/entity/healthmetrics/library/countries/HMN_MLI_Assess_Final_2009_03_fr.pdf »
consulté le 13-11-2009.

[38]-SOUMANA M.

Etude analytique des activités du CSCOM de Bacodjicoroni, Thèse de doctorat en médecine, FMPOS, 2005, N°77, 46p.

[39]-KANTA K.

Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de SEGUE (cercle de KOLKANI), Thèse de doctorat en médecine, FMPOS, 2007, n°165, 151p.

10-ANNEXES

10- ANNEXES

10.1-FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Boubacar Moriba

Adresse : tel (66 52 69 11 ou 78 29 66 80), e-mail (bacrine2000@yahoo.fr)

TITRE DE THESE : **CAPACITE DE RECOUVREMENT DES COUTS D'UN CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE URBAIN : LE CAS DE L'ASACOBA.**

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique

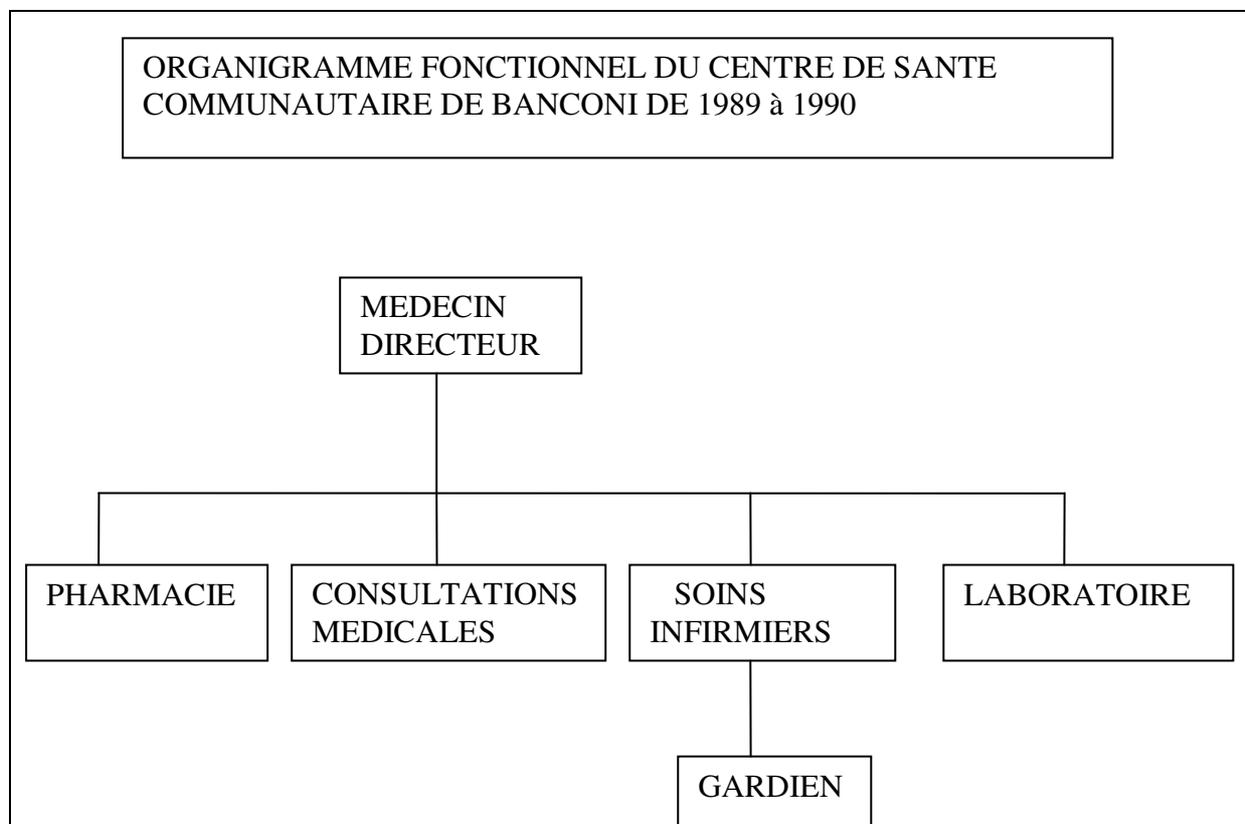
Résumé :

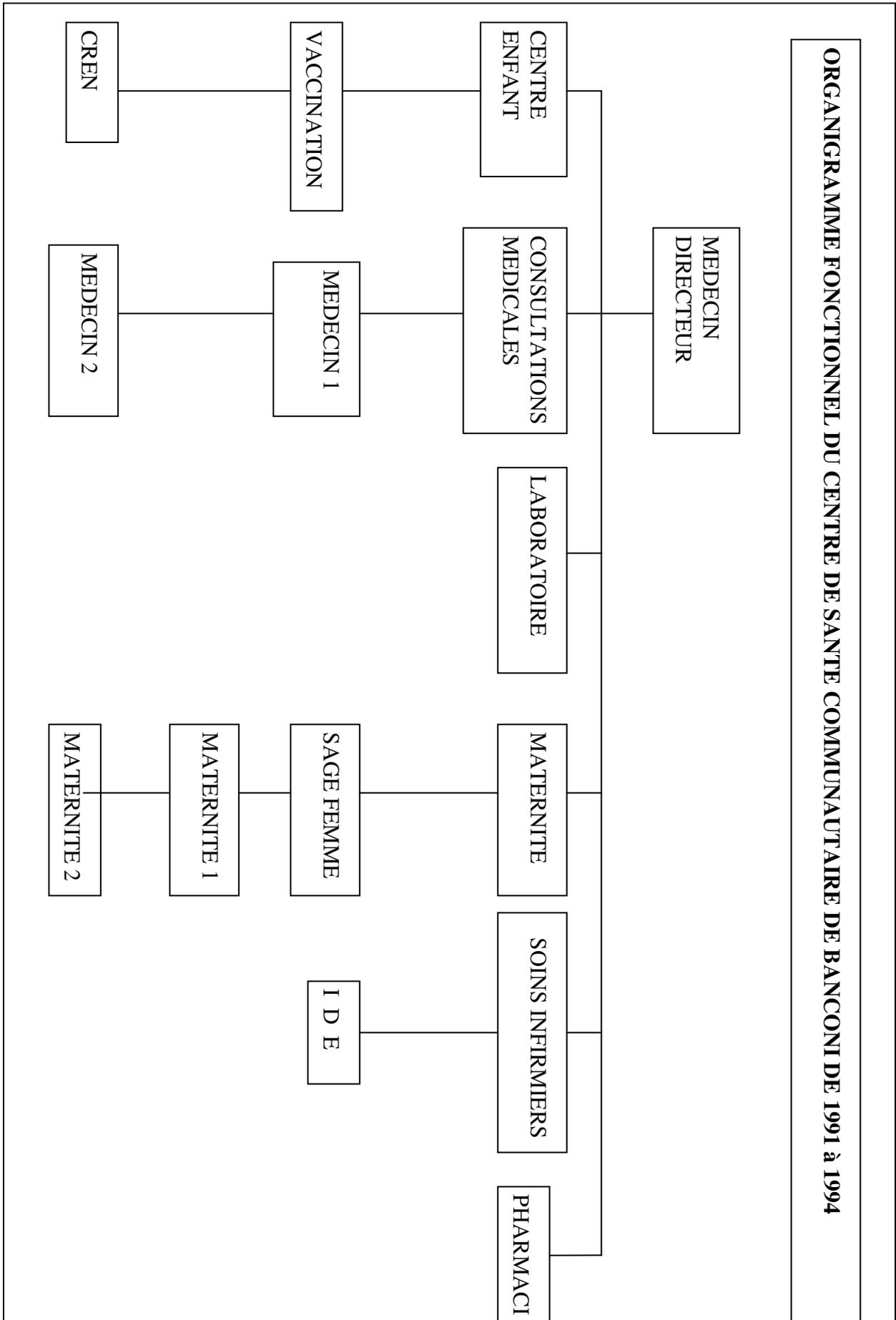
Il s'agit d'une étude rétrospective des activités médicales, des recettes et dépenses du centre et une étude prospective de l'opinion des usagers par rapport à l'appréciation du niveau de performance du centre par les populations (utilisateurs de service, personnels, dirigeants de l'ASACOBA).

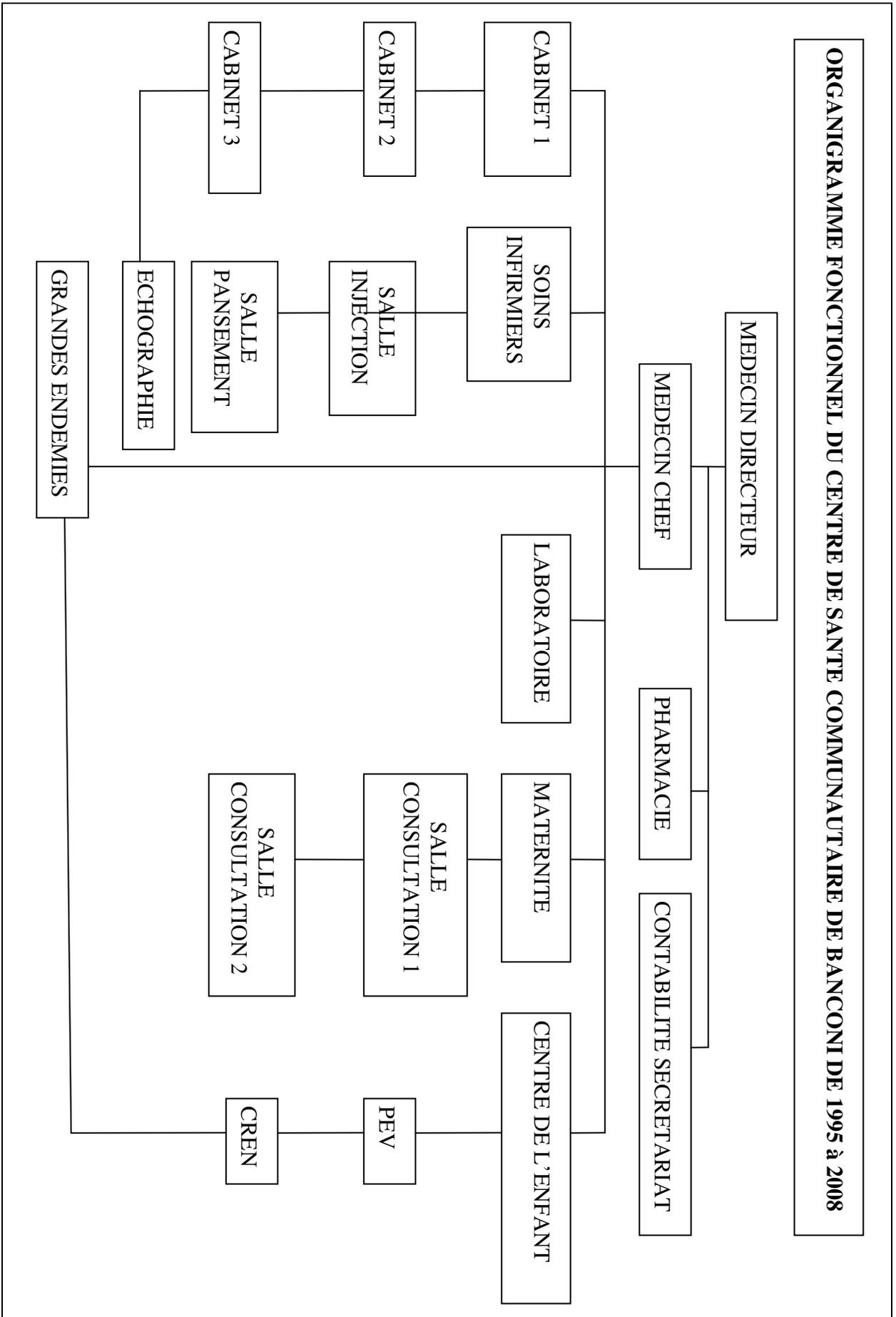
L'étude prospective s'est déroulée du 07 Janvier au 07 Mars 2009 dont l'analyse documentaire a porté sur la période allant de 1989 à 2008 menée dans le centre de santé communautaire de BANCONI dénommé ASACOBA dans la commune I du district de Bamako. Les objectifs que nous nous sommes fixés étaient : Déterminer l'évolution des activités médicales du CSCOM, Déterminer l'évolution des recettes du centre, Déterminer l'évolution des dépenses du centre, Connaître l'opinion des usagers sur la performance du CSCOM de Banconi .Les recettes totales du centre ont passé de 30 477 515F en 1989 à 111 000 000 FCFA en 2008 contre 13 296 157F à 105 000 000F de dépenses avec en moyenne 1,03 comme taux d'équilibre du centre. L'ASACOBA a pu couvrir ses dépenses par les recettes de ses activités en moyenne à 103,24 %.L'ASCABA a été donc viable durant ses 20 ans d'exercices. Les usagers ont déclaré qu'ils sont à 100% satisfaits des prestations du personnel, sont tous prêts à retourner pour d'autres prestations, et qu'ils conseillent aux parents aux amis à venir à l'ASACOBA en cas de problèmes de santé à 100%.

Mots-clés : capacité, recouvrement, coûts, ASACOBA.

10 .2 .ORGANIGRAMME DU CENTRE







10.3-FICHE D'ENQUETE

10 .3.1 Questionnaire pour opinion des usagers

N° d'enregistrement :

Aire de santé :.....

Nom _____ et prénom :.....
Centre :.....

1)-Quel est votre âge ?

2)-Quel est votre sexe ?
1 - masculin /.../ 2- féminin /.../

3)-Quelle profession exercez vous ?
1-Fonctionnaire du publique/.../2-Fonctionnaire du privé /.../3-Commerçant /.../
4-Agriculteur /.../5-Ménagère /.../ 6-Autres /.../ à préciser.....

4)-Quelle est votre ethnie ?
1-Bambara /.../ 2-Sarakolé /.../ 3-Peulh /.../ 4-Malinké / 5-Sonrai /.../ 6-Dogon/.../
7-Autres/.../ à préciser.....

5)-Quelle est votre religion ?
1. Musulmane /.../ 2-Chrétienne /...3-Autres à préciser.....

6)-Quelle est votre provenance ?
1-Banconi Plateau /.../2-Bancon Diakinébougou /.../3-Banconi Layibougou /.../
4-Banconi Zèkènèkorobougou 5 –BanconiFlabougou/.../
6- Banconi Salenougou /.../ 7-Autre

7)-Quelle est votre heure d'arrivée ?..... heure de sortie..... ?

8)-Quel est votre motif de présence ici ?
1-visite /.../ 2-consultation /.../ 3-Travail/.../4-Sans opinion 5-Refus /.../

9)-Etes-vous alphabétisés ?
1-Oui /.../ 2- non/.../

10)- Si oui à quel niveau ?
1-: niveau primaire /.../2- niveau secondaire /.../3niveau supérieur /.../ 4-Je ne sais pas/.../

11)-Quel est votre statut matrimonial ?
1-marié /.../ 2-célibataire /.../ 3-divorcé /.../ 4-veuve/.../ 5-refus/.../

12)-Pourquoi préférez-vous ASACOB ?

1-Coût moins cher /.../ 2- Proximité /.../ 3- qualités de prestation /.../4- autres à préciser.....

13)-Est-ce que c'est votre première fois de venir à l'ASACOBA ?

1-OUI/.../ 2-non/.../

14-)Combien de fois avez-vous consulté dans ce centre cette année ?

Pour vous-même :

1. Nombre de /.../ 2-Aucune/.../ 3-Ne sait pas /.../

Pour vos enfants :

1. Nombre de fois /.../ 2-Aucune /.../ 3-Ne ne sait pas /.../

15)-Est-ce que vous consultez d'abord ASACOBA avant d'aller aux structures sanitaires supérieures ?

1-OUI/.../ 2-NON /.../

16)-Combien avez vous payé pour la consultation ?

1.FCFA 2-Aucune /.../ 3-Ne ne sait pas /.../

17)-Quel type de personnel vous a consulté ?

1-médecin /.../ 2-infirmier/.../ 3-sage femme/.../ 4-Interne/.../

5-Aide soignant/.../

6-GS ou manœuvre/.../7-Autres /.../

18)-Comment était votre accueil ?

1-Avec courtoisie/.../2-sans courtoisie/.../

19)-Avez-vous eu recours à une ou plusieurs prestations ci-dessous ?

1-CPN/.../2-Consultation médicale/.../3-Intervention chirurgicale/.../4-Accouchement/.../

5-CPON/.../ 6-Vaccination/.../7-Vente de médicaments/.../9-Soins infirmiers/.../

10-Echographie/.../ 11-Vaccination/.../

20)-Avez-vous eu une satisfaction ?

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

21) -Si Oui quelles sont vos raisons ?

.....

22) Si non quelles sont vos raisons ?

.....

23)-Avez-vous eu tous les produits ?

1- Oui /.../ 2- non/.../

24)-Si non pour quel raison ?

1-rupture/.../2-manque de moyens/.../ 3-Préfère acheter au dehors /.../ 4-Refus de parler /.../

25)-Avez-vous fait des analyses de laboratoire ? Oui /.../ 2-Non/.../

Les quelles ? 1-GE/.../ 2-Widal/.../3-.NFS/.../

26)-Connaissez-vous ASACOBA ?

Par qui ?

1-parent/.../ 2-amis /.../ 3-personnels ASACO/.../ 4-autres/.../.....

27)-Comment trouvez-vous l'emplacement de l'ASACOBA ?

1-Adéquat/.../ 2-non adéquat/.../

28)-Êtes-vous adhérent ?

1-OUI /.../ depuis quant ?..... 2-NON /.../

29)-Si non pour quelles raisons ?

1-Siège inconnu /.../ 2-Ignorance des démarches /.../ 3-Procédure compliquée /.../

30)-Pouvez vous citer d'autres formations sanitaires différentes ASACOBA ?

.....

31)-Renouvelez-vous votre carte d'adhésion chaque année ?

1-OUI /.../ 2-NON/.../

32)-Connaissez-vous le tarif d'adhésion ?

1-OUI /.../ 2-non /.../

33)-Que pensez-vous du tarif de consultation?

1- trop élevé/.../ 2-abordable/.../ 3-sans opinion/.../

34)-Qui payent les personnels de l'ASACOBA

1-Etat/ .../2-ASACOBA/... 3-Privé/.../ 4-Sans opinion/.../

35)-Quelle est la destination des recettes de l'ASACOBA ?

1-Caisse de l'état/.../2-Comité de gestion ASASCOBA/.../ 3-Personnels ASACOBA/.../

4-Sans opinion/.../

36)-Conseillez-vous ce centre à d'autres parents ou amis ?

1-OUI /.../ 2-NON /.../

37)-Êtes-vous près à retourner encore pour d'autres prestations ?

1-OUI/.../ 2-NON/.../

38)-Etes-vous satisfait de la qualité de recouvrement des coûts dans l'ASACOBA ?

1-OUI /.../ 2-NON /.../

10.3.2 Questionnaire adressé aux personnels du centre

N° d'enregistrement :

Nom et prénom :

Qualification :

1)-Quel âge avez-vous ? :.....

2)-Quelle est votre ethnie ?

1-Bambara /.../ 2-Sarakolé/.../ 3- malinké /.../ 5-senufo/.../ 6-
Autres /.../.....

3)-Quel est votre sexe ?

1-Masculin /.../ 2-Féminin /.../

4)- Depuis quant travaillez-vous dans ce centre ?.....en années

5) Êtes-vous personnel de l'ASACOBA ?

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

6 Si non désirez-vous être membre de l'ASACOBA ?

1-OUI/.../ 2- NON/.../

7) Si non pour quoi ?.....

8) Est-ce que vous avez participé à la création de l'association ?

1-OUI/.../ 2- Non/.../

9) Est-ce que l'association aide le centre pour atteindre ses objectifs ?

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

10) Est-ce que vos conditions de travail sont satisfaisantes ?

1-OUI/.../ 2-NON/.../

11) Si non, qu'est ce qui vous manque ?.....

12) Est-ce que vous êtes soigné gratuitement par ASACOBA ?

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

13) Souhaitez-vous avoir une formation complémentaire ?

1-OUI/.../ 2-NON /.../

14) Si oui la quelle ?.....

15) Est-ce que vous entendez bien entre vous ?

1-OUI/.../ 2-NON/.../

16) Est-ce que vous êtes motivé dans votre travail ?

1-OUI/.../ 2-NON/.../

17) Si oui par qui ?.....

18) Est-ce que le centre reçoit des missions d'évaluation ?

1-OUI/.../ 2-NON/.../

19) Si oui d'où viennent ces missions

20) Quels sont vos critiques et suggestions pour la bonne marche du centre

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'honoraire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai 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 méprise de mes confrères si j'y manque.**

Je le jure !