

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

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

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTHO-STOMATOLOGIE



Année universitaire : 2014
N°



U.S.T.T.B

THESE :

VIABILITE DU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE HAMDALLAYE EN
COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO

Présenté et soutenu publiquement le/...../2014

devant la Faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mr Hamidou SACKO

JURY

Président : Pr Samba DIOP
Membre : M Biramadjan DIAKITE
Codirecteur : Dr TRAORE Fatou DIAWARA
Directeur : Pr Akory Ag IKNANE

DEDICACES

A ALLAH, Le Tout Puissant, Le Clément le Tout Miséricordieux et le Très Miséricordieux,
Louange à Toi Seigneur de l'univers et de toutes les créatures.

Je ne cesserai jamais assez de te remercier pour m'avoir donné la santé et la force nécessaire pour réaliser ce travail. Puisse ta grâce m'accompagner durant tout le reste de ma carrière et veiller sur mes pas. Amen !

Au prophète MOHAMED : paix et salut sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

Je dédie ce travail :

A mes chers parents :

Vous avez toujours été présents lorsque j'avais besoin de vous, vos soutiens moraux, financiers ne m'ont jamais fait défaut tout au long des longues années d'études.

A mon père

Les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens. Exigeant quand il le faut et très compréhensif, tu as renoncé à beaucoup de tes projets pour la réussite de tes enfants. Comme tu le dis si bien « une bonne éducation constitue le meilleur investissement pour ses enfants ainsi que le meilleur héritage à leur léguer ». Tu as guidé mes premiers pas sur les sentiers escarpés de la réussite, me forgeant ces principes qui fondent l'essence de notre société : le courage, la rigueur, la dignité, la loyauté, l'humilité, la détermination dans le travail, l'amour du prochain et la sagesse.

Spécialement à ma chère mère

Courageuse et dévouée, tu nous as entourés d'une attention et d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour décrire tes qualités. Tout ce que je dirais, ne saurait exprimer tout le sacrifice et l'endurance dont tu as fait preuve pour nous élever. Toi qui t'es toujours privée de tout pour que nous n'ayons à envier personne. Toi qui as toujours su répondre à nos appels dans les moments difficiles surtout moi, à mes débuts à la faculté. Toi qui nous as appris les règles de bonne conduite, de dignité et du respect de l'être humain. Je ne saurais te remercier pour la confiance que tu as eue en moi. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu t'accorde longue vie, bonne santé et beaucoup de bonheur à nos côtés et que Dieu nous donne les moyens nécessaires pour réaliser tes vœux. Amen !

A mes sœurs et frères

Minata, Sekou, Adama, Awa, Kodjoukou, Djénèba et Maimouna la benjamine.

Vous avez cru en moi, vous m’avez encouragé à surmonter toutes ces difficultés, je ne saurais vous remercier pour l’estime et l’amour que vous avez pour moi. Vous avez été mes premiers compagnons de la vie. Je vous souhaite beaucoup de courage et de chance dans la vie, pour qu’ensemble nous puissions adoucir et remplir de bonheur les vieux jours de nos parents.

A la famille Sacko, Doumbia, Traore, Mariko, Diarra, Kanté, Coulibaly.

A mon oncle Drissa Mariko, les mots sont faibles pour apprécier vos gestes. Que le tout puissant vous récompense pour tout ce que vous faites pour nous. Recevez ici l’expression de toutes mes considérations.

A ma famille paternelle et maternelle, profondes gratitude.

A tous mes tontons, merci pour votre soutien.

A toutes mes tantes, pour les bénédictions et les conseils.

A mes cousins et cousines, reconnaissances.

REMERCIEMENTS

A mes amis: Coulibaly Lassana, Traore Bakari, Traore Seydou N.

J’ai été partagé entre écrire et me taire car les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens pour vous ; votre disponibilité, votre gentillesse merci pour tout.

A mes amis(es) et collègues : Kanté Mamadou , Dr Gregoire, Traore Ousmane, Traore Sinaly , Bagayoko Satigui, Dr François, Dabo, Dr Diakité Famakan, Traore Mamadou, Fatoumata Sow, Abdoulaye Traoré Mariko Djénebou, Dr Sissoouma Alin R, Dr Check O Beré, Dr Ibrahim Coulibaly, Mamady Kamissoko, Moumine Diallo, Fomba Moussa, Coulibaly Dramane, Chaka N Traoré, Fatoumata S Traore, Awa Cissé, Hamidou Konare, Fatoumata Y Traore, Billali Sissoko, A mes amis du Bougou.

A Dr Sidibé Moussa je n’oublierais jamais ses nuit blanche les mots sont faibles pour apprécier vos gestes. Que le tout puissant vous récompense pour tout ce que vous faites pour nous. Recevez ici l’expression de toutes mes considérations.

A Dr Check T Koné Merci pour votre aide et votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations.

A Dr Sanogo Daouda et famille les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens pour vous ; votre disponibilité, votre gentillesse merci pour tout.

A tous le corps professoral pour la qualité de l'enseignement.

A Dr Kisito Dabou et famille merci les conseils et le soutien.

A tous les étudiants de la faculté, particulièrement aux thésards de L'ANSSA.

A tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré particulièrement ceux de la Pédiatrie.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Kita.

Votre disponibilité constante, votre courtoisie, votre humanisme et surtout votre désir du travail bien fait, font de vous des hommes admirables.

A tout le personnel du service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire du Point G

A tout le personnel de l'ASCOHAM les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens pour vous ; votre disponibilité, votre gentillesse merci pour tout vous m'avez toujours accueillie avec respect, dans la joie et la bonne humeur;

A tous les membres du bureau de l'ASACOHAM ;

A tout le personnel de l'ASCONIA.

Merci pour votre aide et votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations.

A mes aînés du service : durant tous ces mois passés ensemble, vous avez fait preuve d'une bonne collaboration. Vous aviez toujours su bien m'accompagner dans les moments difficiles. Votre présence ne m'a apporté que de la joie. Merci pour toute l'ambiance que vous avez apporté dans le service. Que le seigneur pérennise cette joie dans notre cœur et protège notre lien. Amen !!!

Aux DES de la pédiatrie : Avec vous tous, j'ai appris beaucoup de choses. Le sérieux et le respect dans le travail, c'est difficile pour moi de vous oublier à la fin cette étude. Encore merci pour tout.

A mes oncles et tantes : merci pour votre affection et votre soutien.

A tous ceux et celles que je n'ai pas pu citer ici, merci infiniment du fond du cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury :

Pr Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé
au DER de santé publique de la FMOS**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS, INRSP, CNESS**

Cher Maître,

C'est un honneur de vous avoir comme Président du jury.

Vous êtes plus qu'un initiateur, vos suggestions et votre disponibilité ne nous ont jamais fait défaut tout au long de ce travail .Votre souci du travail bien fait, vos qualités humaines et de chercheur endurant font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouvez ici, l'expression de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur Biramadjan DIAKITE:

- **Economiste de la santé ;**
- **Chef du service des sciences sociales à l'INRSP ;**
- **Associe à l'élaboration du plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS).**
- **Associe à l'élaboration de la politique nationale de recherche en sante au mali.**
- **Chercheur associe du ministère des finances dans le cadre de l'élaboration du budget programme du département de la sante au Mali.**

Chère maitre

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques et nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité pour la formation des étudiants.

Veillez retrouver ici cher maître toute notre reconnaissance.

A notre maitre et co-directrice

Docteur TRAORE Fatou DIAWARA

- **Médecin Epidémiologiste ;**
- **Chef de la Division Surveillance Epidémiologique à l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) ;**
- **Ancienne Responsable Point Focal de Nutrition à la Direction Régionale de la Santé de Bamako (DRS).**

Chère maître

La rigueur dans le travail et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous une Femme exceptionnelle. Les mots nous manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation.

Acceptez ici, chère maitre notre profonde gratitude ainsi que nos respects

A NOTRE MAITRE ET Directeur

Professeur Akory Ag IKNANE

- **Maître de conférences en Santé Publique à la FAPH et à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Directeur Général de l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire des Aliments (l'ANSSA) ;**
- **Président du Réseau Malien de Nutrition ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Santé Publique (SOMASAP) ;**
- **Ancien Chef de Service de Nutrition à l'INRSP ;**
- **Premier Médecin Directeur du Centre de Santé Communautaire de Banconi.**

Cher Maître

Vous nous avez fait le privilège de nous accepter et le bonheur de nous transmettre sans réserve vos connaissances et votre savoir-faire.

Votre disponibilité, votre rigueur, votre amour du travail, ont suscité notre grande admiration. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple.

C'est un immense honneur pour nous d'avoir compter parmi vos apprenants.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre infinie reconnaissance ainsi que nos profonds respects.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

- AG** : Assemblée Générale
- AMO** : Assurance Maladie Obligatoire
- ASACO** : Association de Santé Communautaire
- ASACOHAM** : Association de Santé Communautaire de Hamdallaye
- BCG** : Bacille de Calmette et Guérin
- BW** : Bordet-Wassermann
- C** : Commune
- CA** : Conseil d'Administration
- CAM** : Convention d'Assistance Mutuelle
- CG** Conseil de Gestion
- CPON** : Consultation Post-natale
- CPN** : Consultation prénatale
- CSAR** : Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
- CSCOM** : Centre de Santé Communautaire
- CSRef** : Centre de Santé de Référence
- DCI** : Dénomination Commun internationale
- DNS** : Direction Nationale de la Santé
- DTCP** : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite
- MS** : Ministère de la Santé
- EDSM** : Enquête Démographique et de Santé du Mali
- FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
- FENASCOM** : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
- FLASCOM** : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
- FRASCOM** : Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
- Habit** Habitant
- IB** : Initiative de Bamako
- IEC** : Information, Education et Communication
- INSTAT** : Institute Nationale de la Statistique
- IST** : Indice Synthétique de Fécondité

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PEV : Programme Elargie de Vaccination

PF : Planification Familiale

PMA : Pâque Minimum d'Activité

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PRODESS : Programme Décennal de Développement Socio Sanitaire

PSSP : Politique de Santé Sectorielle de Population

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

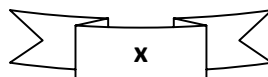
VAA : Vaccin Anti Amaril

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VAR : Vaccin Anti Rougeoleux

VITA : Vitamine A

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



Liste des Figures

Figure 1 : Carte de Bamako	14
Figure 2 : Répartition du personnel de l'ASACOHAM selon le sexe en 2014.	31
Figure 3 : Répartition du personnel de l'ASACOHAM selon la tranche d'âge en 2014. Erreur ! Signet non défini.	
Figure 4 : La répartition des usages du CSCOM selon le sexe en 2014.	43
Figure 5 : La répartition des usagers du CSCOM selon la tranche d'âge en 2014.	43

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition du personnel de l'ASACOHAM selon le nombre d'années de service.	31
Tableau II: Répartition du personnel de l'ASACOHAM en fonction de leur catégorie salariale en 2014.	32
Tableau III: Répartition du personnel du CSCOM selon sa connaissance de la contribution de l'ASACOHAM dans l'atteinte des objectifs du CSCOM en 2014.	32
Tableau IV: Répartition du personnel selon les formations reçues de la part de l'ASACOHAM en 2014.	33
Tableau V: Système de tarification des activités de l'ASACOHAM en 2014.	34
Tableau VI: Évolution des activités menées par rapport aux objectifs fixés par l'ASACOHAM au cours des trois dernières années.	35
Tableau VII : Les indicateurs de productivités financières de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :	36
Tableau VIII : Les indicateurs de productivités technique de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :	37
Tableau IX : Les indicateurs des ressources financières de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :	38
Tableau X : Les indicateurs des ressources humaines de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :	39
Tableau XI : Évolution des examens complémentaires réalisés par l'ASACOHAM au cours des trois dernières années.	40
Tableau XII : Evolution des recettes du CSCOM au cours des trois dernières années.	41
Tableau XIII : Evolution des dépenses du CSCOM au cours des trois dernières années.	41
Tableau XIV : Récapitulatif des résultats des dépenses et des recettes du CSCOM au cours des trois dernières années.	42
Tableau XV: Répartition des usagers de l'ASCOHAM selon le niveau d'instruction en 2014.	44
Tableau XVI: Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur source d'information sur l'existence du CSCOM en 2014.	44
Tableau XVII: Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur avis sur l'accueil et l'orientation en 2014.	45
Tableau XVIII : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur avis sur le coût des services de prestations en 2014.	45
Tableau XIX : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur perception du temps d'attente en 2014.	46

Tableau XX : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur niveau de satisfaction des prestations des services offertes par le CSCOM en 2014.	46
Tableau XXI : Répartition des usagers de l'ASACOHAM par rapport à leur envie de revenir au centre en 2014.	47
Tableau XXII: Répartition des usagers de l'ASACOHAM en fonction des raisons évoquées pour le retour pour d'autres prestations.	47
Tableau XXIII : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon la raison pour laquelle il ne soit pas prêt à retourner pour d'autres prestations.	48

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
2.1. Objectif général.....	3
2.2. Objectifs spécifiques :.....	3
3. GENERALITES	4
3.1. Géographie.....	4
3.2. Population	4
3.3. Situation sanitaire du mali.....	4
3.4. Les aspects institutionnels de la gestion des associations de santé communautaire au Mali	6
3.5. Organisation générale des ASACO.....	8
4. METHODOLOGIE.....	14
4.1. Site de l'étude	14
4.2. Lieu d'étude	15
4.3. Période d'étude	19
4.4. Type d'étude	19
4.5. Population d'étude	19
4.6. Les variables étudiées étaient :.....	20
4.7. Echantillonnage.....	24
4.8. Taille de l'échantillon	24
4.9. Pas de sondage	25
4.10. Le choix des concessions	25
4.11. Technique de collecte.....	26
4.12. Les outils de collecte des données	28

4.13.	Plan de collecte des données	28
4.14.	Traitement et analyse des données.....	28
4.15.	Considérations éthiques	29
5.	RESULTATS.....	30
5.1.	Rôle de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM.....	30
5.2.	Organisation des services techniques de l'ASACOHAM.....	34
5.3.	Performances techniques de l'ASACOHAM.....	35
5.4.	Évolution des recettes et des dépenses de l'ASACOHAM de 2011 à 2013.	41
5.5.	Détermination du niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOHAM en 2014.....	43
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	49
6.1.	Rôles de l'ASACO vis-à-vis du CSCOM	49
6.2.	Données sur l'organisation des services techniques	50
6.3.	Données Performances techniques de l'ASACOHAM.....	50
6.4.	Evolution des recettes et des dépenses de l'ASACOHAM de 2011 à 2013.	51
6.5.	Détermination du niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOHAM	51
7.	CONCLUSION.....	53
8.	RECOMMANDATIONS	54

1. INTRODUCTION

La santé communautaire prend de plus en plus de place dans les débats sur la santé et sur le système d'offre de soins dans le monde. Malgré cela, elle demeure méconnue pour certaines communautés africaines [1].

Les partenaires au développement pour les systèmes sanitaires cherchent à soutenir l'émergence de services de santé offrant de façon continue des prestations de qualité accessible et à un coût réduit pour l'utilisateur et qui soient pérennes sur le plan des soins, de leur gestion et de leur fonctionnement [1].

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

Au Mali, le système de santé dans son évolution a connu deux périodes à savoir :

Période coloniale (avant l'indépendance) : Au cours de laquelle le système de santé était basé sur des services de prévention axés sur l'hygiène mobile, la prophylaxie et la gratuité des soins.

La période des Indépendances

La période pendant laquelle la politique de santé a été fondée sur les stratégies de soins de santé primaires et les principes de l'Initiative de Bamako (IB) ayant pour objectif majeur : Réduire le taux de mortalité maternelle et infantile; la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels par les couches les plus défavorisées et une couverture géographique totale [2].

Ainsi l'atteinte des objectifs de l'Initiative de Bamako encouragerait dans chaque pays en Afrique une amélioration de la santé tant dans l'utilisation des services par la population, dans les performances et la progression du fonctionnement de ces dites structures.

C'est dans ce cadre que la principale stratégie de la politique sectorielle de santé et de population qui a été adoptée par le Mali le 15 Décembre 1990 avait responsabilisé les communautés dans le processus de prise en charge de leur propre état de santé avec leur participation active et volontaire. Le district de Bamako comptait 59 CSCOM en 2009 répartis entre ses différentes communes [3].

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

Dans le domaine de suivi et l'évaluation de ces centres, plusieurs études [3],[10] ont été réalisées sur les facteurs déterminants l'utilisation des services, et leurs performances en mettant l'accent sur leur capacité de recouvrement des coûts [4].

Selon le contexte de faiblesse pour certaines structures de santé malgré l'extension de la couverture sanitaire en générale et l'absence d'étude sur l'ASACOHAM après neuf (09) ans d'existence, nous nous proposons dans la présente étude d'évaluer la viabilité de cette structure en nous intéressant de manière globale aux systèmes de recouvrements de coûts, aux fonctionnements techniques et à la gouvernance dans le but d'en améliorer les performances.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer la viabilité du centre de santé communautaire de HAMDALAYE entre 2011 et 2013.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le rôle de l'ASACO dans la gestion du CSCOM de l'ASACOHAM en 2014.
- Décrire l'organisation des services techniques de l'ASACOHAM en 2014.
- Décrire l'évolution des performances techniques de l'ASACOHAM entre 2011 et 2013.
- Décrire l'évolution des performances financiers du CSCOM entre 2011 et 2013.
- Déterminer le niveau de satisfaction des usagers par rapport aux prestations des services de l'ASACOHAM en 2014.

3. GENERALITES

3.1. Géographie

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

Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger [5].

3.2. Population

La population malienne était estimée à 15968882 habitants en 2013 avec un taux d'accroissement de 3,01%. Selon les mêmes sources, le taux d'urbanisation est de 34,9 % [5].

3.3. Situation sanitaire du mali

La situation sanitaire de la population du Mali en ce moment est certainement meilleure par rapport aux cinq dernières années, elle reflète du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupant malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passé de 39,7 milliards en 2009 à 75,5 milliards en 2012 [6].

La carte sanitaire du Mali enregistre 1070 aires de santé dont 729 ont bénéficié de construction de centres de santé communautaires.

Les taux de morbidité et de mortalité restent encore élevés parmi tant d'autres au monde.

Ainsi, le taux de mortalité maternelle est estimé entre 500 et 1000 pour 100000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile est estimé à 58‰ enfants [7].

Cependant, la fécondité est très élevée dans la tranche d'âge de 15-19ans (172 ‰) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum dans la tranche âge de 25-29ans (272 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) s'élève ainsi à 6,1 enfants par femme [7].

Au Mali, 39 % des enfants sont entièrement vaccinés, 12% non vaccinés et 49% partiellement vaccinés avant leur deuxième anniversaire [7].

Un état nutritionnel précaire, dans l'ensemble 38% des enfants souffrent d'une malnutrition chronique dont 19% de la forme sévère. Au niveau national, 81,7% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'une anémie et la prévalence du paludisme pour la tranche d'âge de 06-59 mois est de 51,6% [7].

En ce qui concerne la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA au Mali, globalement, elle se résume à 48 % chez les femmes et 66% chez les hommes [7].

La précarité de cette situation socio sanitaire s'explique surtout par :

- une insuffisance de la couverture sanitaire ;
- une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins ;
- une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire ;
- une insuffisance en nombre et en qualité du personnel socio sanitaire et ;
- un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A).
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- un faible niveau d'alphabétisation et d'information de la population (avec un taux faible de scolarisation des filles de 25,7 %).

Engagé par la volonté d'apporter une réponse efficace à ces problèmes de santé et conscient de l'impasse dans laquelle le conduisait l'organisation antérieure du système de santé, le Mali s'est lancé depuis une dizaine d'années dans une nouvelle expérience : la Politique Sectorielle de Santé et de Population(PSSP).

C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique qu'a été lancé le vaste programme de création des CSCOM par les ASACO. La mise en place de cette politique a abouti au lancement du Programme Décennal de Développement Socio Sanitaire (PRODESS 1998-2002).

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

3.4.1. La loi sur les associations

La liberté de regroupement en association en République du Mali remonte à l'ordonnance n°41/PCG du 28 mars 1959 qui fut abrogée par la loi n°04-038 du 5 août 2004 relative aux associations.

Avant 1985, l'exercice dans le domaine de la santé était exclusivement réservé au public, avec quelques exceptions tolérées, le cabinet et les infirmiers des sociétés et entreprises d'état. Dans ces différentes formations sanitaires, ce sont les agents de l'Etat qui y pratiquaient le double exercice. Le programme d'ajustement structurel, imposé au Mali avait pour conséquence, le désengagement progressif de l'Etat et la privatisation de ce secteur.

3.4.1.1 Texte sur la privatisation des professions médicales

L'exercice privé des professions médico-pharmaceutiques remonte en 1985 suivant la loi n°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985. Le décret n°91-106/PRM du 15 mars 1991 fixe l'organisation de l'exercice privé des professions sanitaires et sa mise en application est constatée par l'arrêté n°91-4319/MSP-AS-PF-CAB du 3 Octobre 1991.

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

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

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

l'arrêté n° 13-711 du 2 Septembre 2013 pour mieux préciser le principe de création et fonction des CSCOM.

3.4.1.2 Texte sur l'exonération des médicaments essentiels

Parallèlement à la libéralisation de l'exercice des professions médico-pharmaceutiques, est intervenue la liberté des prix des médicaments essentiels. Ainsi l'arrêté n°04-305 définit une liste de médicaments essentiels exonérés de toute taxe. Le contrat plan Etat-PPM s'est poursuivi avec comme mission confiée à la PPM de s'investir dans l'approvisionnement en médicaments essentiels.

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

3.4.1.3 La Convention d'Assistance Mutuelle (CAM)

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

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

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

En contrepartie, l'Etat prend des engagements à :

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

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

3.4.2. Les textes réglementaires de la santé communautaires

3.4.2.1. Les statuts et règlements des ASACO

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

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

3.4.2.2. Statuts et règlement intérieur de la FENASCOM

Dans un souci d'harmonisation, cette dernière, lors de son dernier congrès ordinaire en novembre 1997 a adopté des statuts types pour l'ensemble des associations de santé communautaires. Cependant, ces différents statuts, conçus bien après la mise en place de la plupart de certaines ASACO, sont souvent en porte à faux avec les textes propres des ASACO [8].

3.5. Organisation générale des ASACO

3.5.1. Rappels

❖ Santé communautaire

La santé communautaire selon Rochon (Canada), est l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts communautaires [9].

❖ Association de Santé communautaire (ASACO)

L'ASACO peut être définie comme une structure dans laquelle la population d'une aire de santé donnée s'organise pour prendre en main la gestion de ses propres problèmes de santé [9].

❖ Centre de Santé communautaire (CSCOM)

Le CSCOM est une formation sanitaire de premier (1^{er}) niveau, créé sur la base de L'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé [9].

❖ Notion d'aire de Santé

L'aire de santé est une zone couverte par un CSCOM ou Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé (CSAR). Le découpage d'un cercle en aire de santé est ce qu'on appelle la carte sanitaire du cercle.

L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5 000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de quinze kilomètres (15 km) autour d'un CSCOM/CSAR et ayant en commun des affinités d'ordre socio anthropologique [9].

Ces critères ont pour but de permettre aux CSCOM/CSAR :

- Une fréquentation suffisante pour le rendre financièrement viable ;
- Une accessibilité géographique dans un environnement où les moyens de transport font généralement défaut.

❖ PMA

Il correspond à l'offre d'activités (ensemble des prestations) intégrées de soins de santé pour un CSCOM pour la population [10].

❖ 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[10].

3.5.2. Processus de mise en place d'un CSCOM

La mise en place d'un CSCOM passe par le processus suivant

❖ La Création de l'Association de Santé Communautaire

• Constitution de l'ASACO :

L'ASACO doit avoir un nom, une adresse, un objet et des représentants. Elle doit rédiger son statut et son règlement intérieur et la reconnaissance de l'ASACO par le ministère de l'Administration territoriale et des collectivités locales ;

- **Etude du milieu**

C'est la monographie des villages de l'aire c'est-à-dire le recensement de la population de l'aire ;

- **approche communautaire**

Il s'agit de la visite d'information village par village, quartier par quartier, de la négociation de la carte (aire de santé), de la tenue d'assemblée générale des villages ou quartiers, et du choix du lieu d'implantation ;

- **élaboration du projet du CSCOM**

Engagement des différents partenaires (Etat et /ou ONG) ;

Obtention de l'agrément ;

Signature de la convention d'assistance mutuelle (CAM) avec l'Etat.

- ❖ **La Réalisation physique du Centre de Santé Communautaire**

Le décret n° 05-299/P-RM du 28 Juin 2005 stipule en son article 7 que le dossier de demande de création du CSCOM comprend :

- une demande timbrée à **100 francs** ;
- la copie du récépissé de déclaration de la création de l'Association de santé communautaire ;
- trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'association de santé communautaire ;
- une note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existants ou prévus ;
- un plan de financement du Centre de Santé Communautaire » ;
- elle doit être titulaire d'un récépissé, délivré par l'autorité administrative qui reçoit la déclaration.

3.5.3 Fonctionnement et organe de gestion de l'ASACO

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

- ❖ **l'Assemblée Générale (AG) :** Il est appelée aussi assemblée des membres adhérents (villages, quartiers, familles ou individus) de l'aire de santé ; il :

- définit la politique générale de l'ASACO et définit ses grandes orientations,
- fixe le montant des frais d'adhésion et cotisations ainsi que les tarifs du CSCOM,
- définit les modalités d'adhésion à l'ASACO,

- fixe les salaires du personnel du CSCOM,
 - décide du recrutement et du licenciement du personnel du CSCOM,
 - valide les comptes et le rapport d'activités de l'année écoulée,
 - vote le budget et le programme d'activité de l'année à venir,
 - élit le conseil d'administration de l'ASACO,
 - se tient au moins une fois par an.
- ❖ **Le Conseil d'Administration (CA) : c'est l'organe d'exécution des décisions de l'AG ; le Conseil d'Administration a pour mission de veiller au bon fonctionnement du centre de santé communautaire. A ce titre, il est chargé :**
- d'examiner et d'adopter les budgets ; programmes annuels d'activités du centre de santé communautaire ;
 - de définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;
 - d'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
 - de recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du Centre de Santé Communautaire ;
 - de rendre compte à l'Assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre de Santé Communautaire.
 - Le Conseil d'Administration se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoins.
 - Le Conseil d'Administration est élu par l'Assemblée Générale de l'association pour une période de trois (3) ans renouvelables et qu'il comprend :
 - Un président ;
 - Un vice-président ;
 - Un secrétaire administratif ;
 - Un trésorier général ;
 - Un trésorier général adjoint ;
 - Deux secrétaires à l'organisation ;
 - Deux commissaires aux comptes ;
 - Deux commissaires aux conflits.

- Sont membre de droit avec voix consultative :
- Le préfet du cercle ou son représentant ;
- Le maire de la commune ou son représentant ;
- Le chef de quartier ou du village abritant le centre ;
- Le chef du centre de santé communautaire ;
- Le Médecin-chef du cercle ou de la commune.

Le Conseil d'Administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

❖ **Le Comité de Gestion (CG) :** c'est l'organe qui s'occupe essentiellement de la gestion du centre de santé ; le comité de gestion veille à la bonne exécution des décisions du Conseil d'Administration. Il est chargé :

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

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins. Elu par le Conseil d'Administration parmi ses membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend :

- Un Président ;
- Un Vice-président ;
- Un Trésorier ;
- Un commissaire aux comptes ;
- Le chef du Centre de Santé Communautaire.

❖ **Le Comité de Surveillance (CS) :** Il est chargé de la surveillance des activités du CG.

Toute ASACO dotée de ces organes peut créer son centre de santé communautaire. Cette création doit se faire avec la pleine collaboration des autorités sanitaires tout en respectant la carte sanitaire.

Les ASACO se sont organisées en :

- Fédération locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM) ;
- Fédération régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM) ;
- Fédération nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM).

D'après la FENASCOM, le mali compte 826 CSCOM dont 776 CSCOM fonctionnels sur lesquels 52 CSCOM dans le District de Bamako.

❖ **La Direction technique**

Le décret n° 05-299 P-RM du 28 Juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) en son article n° 18 définit que: « la Direction technique du Centre de Santé Communautaire est assurée par un professionnel de la santé ayant au moins le niveau technicien de santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités techniques de l'air de santé ».

4. METHODOLOGIE

4.1. Site de l'étude

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

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

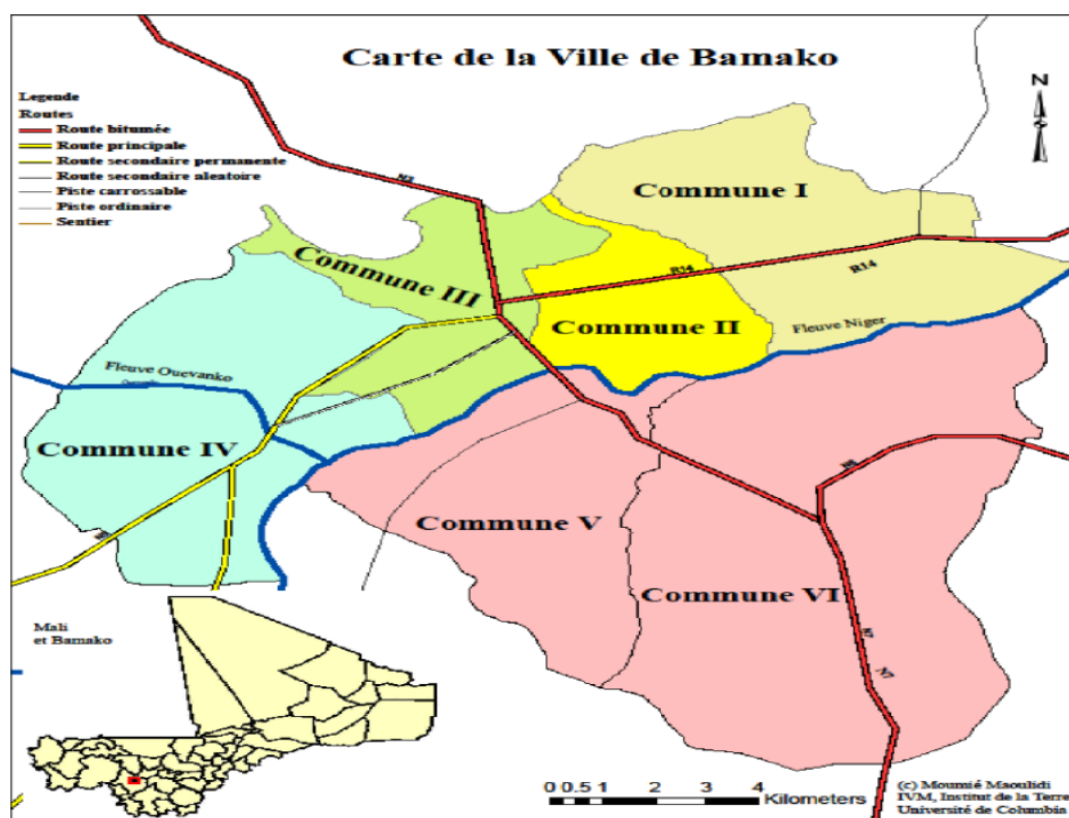


Figure 1 : Carte de Bamako

4.2. Lieu d'étude

Notre étude a lieu dans le quartier de Hamdallaye dans la commune IV du district de Bamako.

4.2.1. Présentation de la commune IV :

A l'instar de toutes les communes du district, la Commune IV a été créée par l'ordonnance n°78-34/CMLN du 18 Août 1978 modifiée par la loi n° 82-29/AN-RM du 2 Février 1982 fixant les nouvelles limites des communes III et IV.

Les activités essentielles exercées dans la commune sont :

L'agriculture, L'élevage, la pêche, le commerce occupent une bonne partie de la population, L'artisanat et l'industrie

❖ Traits physiques :

Située sur la rive gauche du fleuve Niger et à l'extrême ouest district de Bamako, la Commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de celle du District de Bamako (267 km²), avec une population de 337342 habitants (données du recensement général de la population de 2010) soit une densité de 6.784Hts au km².

Du point de vue géographique : Elle est limitée au nord et à l'ouest par le cercle de Kati au sud par le fleuve Niger à l'est par la commune III

La Commune IV est composée de huit (08) quartiers : Djicoronipara, Hamdallaye, Kalabanbougou, Lassa, Lafiabougou, Sebenikoro, Sibiribougou, Tliko qui sont divisés en 10aires de santé.

Commune cosmopolite, les groupes ethniques sont Bambara, Soninké, Peulh, Bobo, Bozo et une importante colonie de malinkés.

Le relief, la commune IV a un relief dominé par quelques collines. Particulièrement, les quartiers de Lassa, de Taliko et de sibiribougou sont totalement couverts par des collines tandis que la végétation est de type soudano-sahélienne dominé par des arbres comme : le caillédra, le Karité, les manguiers

Le Climat est de type tropical et se caractérise par l’alternance de deux saisons :

- Une saison sèche : dominée par la fraîcheur de Novembre à Février et la chaleur de Mars à Mai.
- Une saison humide : qui s’étend de juin à octobre dominée par des pluies.

Parmi les cours d’eau qui parcourent la commune IV, on peut citer:

Woyowayanko ; farako ; Diafaranako ; Sourountouba ; Fleve Niger qui est la limite de la commune

❖ **Aspects socio-économique et culturel :**

L’économie de la commune est basée sur trois secteurs à savoir :

a) Le secteur primaire : agriculture (elle porte sur les céréales sèches les produits maraîchage), pêche et élevage. Le maraîchage constitue l’activité dominante et occupe une grande partie de la population de la commune IV.

b) Le secteur secondaire : la petite industrie alimentaire, artisanat. Dans ce secteur on, note la présence de nombreux artisans repartis entre plusieurs corps de métiers. L’activité artisanale est dominée par la mécanique et la menuiserie. Les activités industrielles contribuent aux développements de ce secteur.

c) Le secteur tertiaire : le commerce et le transport.

d) Quant au tertiaire, le commerce (gros et petit) occupe une bonne partie de la population à travers plusieurs marchés importante.

❖ **Aspects environnementaux :**

• **Assainissement :**

De nombreux problèmes se posent à la commune.

- L’insuffisance de dépotoirs officiels aménagés;
- la prolifération des dépôts d’ordures anarchiques;
- l’insuffisance de caniveaux ; les caniveaux existant pour l’évacuation des eaux pluviales sont mal entretenus par les populations ; les eaux usées ménagères sont évacuées soit dans les puisards soit dans les caniveaux ou soit sur la voie publique.

Le ramassage des ordures est assuré par des GIE et cela de porte en porte vers les dépôts de transit. Ces GIE rencontrent également des problèmes pour leur bon fonctionnement : difficultés de recouvrement des frais de prestation, mauvais comportement des charretiers.

• **Le Domaine de la santé :**

La commune IV est dotée de :

- Un Centre de Santé de Référence,
- trois Hôpitaux humanitaires (Luxembourg, Mali Gavardo, CNAM)
- neufs Centres de Santé Communautaires et la maternité d'Hamdallaye,
- trente-six officines pharmaceutiques,
- polycliniques (pasteur, lac-télé)
- cliniques,
- cabinets médicaux,
- cabinets de soins,
- deux structures confessionnelles,
- Il est recensé dans la commune plus de deux cents intervenants dans le traitement traditionnel.

Les affections les plus couramment rencontrées sont les maladies diarrhéiques et le paludisme.

4.2.2. Présentation du quartier de Hamdallaye :

Données historiques : La présente étude s'est déroulée dans le quartier Hamdallaye, appelé autrefois le camp des grottes, Hamdallaye a été créé vers 1948 par Edmond Louveau, Gouverneur du Soudan français dans la mise en œuvre de sa politique de désengorgement des quartiers du centre-ville de Bamako, il a été reconnu officiellement comme un quartier du District de Bamako en 1949 et faisant partie de la Commune IV.

Hamdallaye serait une mauvaise prononciation d'Al hamdouloulilahi Louange à Allah, nom donné au site non seulement pour apprécier son calme et son confort, mais aussi, et surtout pour rendre hommage à Dieu d'avoir permis de rentrer en possession de telles parcelles ; Les premiers occupants du site de l'actuel Hamdallaye étaient des cultivateurs et chasseurs,

Le 1^{er} chef de quartier fut Gaoussou NDIAYE

Le 2eme Sidi SISSOKO

Et l'actuel chef de quartier est Mamadou SISSOKO

Données géographiques : Le quartier est limite au nord par les collines de Lassa et la commune III, au sud par Djikoroni, à l'est, et encore par la commune III et à l'ouest par Lafiabougou, Hamdallaye se veut dynamique et un quartier pilote de la commune IV.

Données démographiques : Le quartier compte 59932 habitants, 6814 Ménages et 3097 Concessions en 2013. Les ethnies dominantes sont les malinkés et les Sarakolés.

Données socio-sanitaire :

4.2.3. Présentation du Centre de Santé Communautaire (CSCOM) de Hamdallaye :

L'ASACOHAM a été créée le 28 Janvier 2006 par les populations de HAMDALLAYE. Après sa création, elle met en place un CSCOM le 2 Mai 2006 par ordonnance n..... et est inscrit au journal officiel.

Son rayon d'intervention couvre le quartier de Hamdallaye. Aussi il profite aux populations d'autres quartiers. Le CSCOM de Hamdallaye est l'un des 11 CSCOM de la commune IV son aire de santé compte 33 504 habitants.

Il comporte les infrastructures ci-après :

- ❖ **Un bureau** pour l'agent comptable servant d'accueil, d'orientation dans le CSCOM et utilisé comme salle de déclaration des naissances
- ❖ **Un dispensaire** constitué de deux salles de consultation, d'une salle de soins infirmiers, d'un laboratoire d'analyse médicale, d'une salle de perfusion des malades, d'une pharmacie et des toilettes.
- ❖ **La maternité** : elle est sous la responsabilité d'une sage-femme. Les CPN se font tous les lundis, jeudis et vendredis par les Sages-femmes. La consultation postnatale est menée les mercredis et la vaccination des enfants sains tous les mardis. Quant à la communication pour le changement de comportement, elle est réalisée chaque mardi, mercredi et jeudi.

Elle comprend :

- Une salle d'accouchement avec une table d'accouchement,
- une salle d'observation contenant deux lits,

- une salle de consultation prénatale,
- une salle de consultation postnatale contenant le réfrigérateur pour la conservation des vaccins,
- un bassin d'eau pour la lessive après l'accouchement,
- un hangar pour le PMA.

Le PMA comprend les activités suivantes :

Activités curatives : elles couvrent la prise en charge des cas de maladies aiguës et chroniques et la référence de certains cas.

Activités préventives et promotionnelles : elles portent sur la Consultation Prénatale (CPN) le Planning Familial (PF), la surveillance et la vaccination des enfants, aussi que les femmes en âge de procréer. Elles peuvent se faire aussi en stratégie avancée

4.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période 10 mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Octobre 2014.

4.4. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale par sondage aléatoire simple.

4.1.1 Une enquête rétrospective

Basée sur l'étude des activités menées par le centre de l'ASACOHAM du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2013 (soit une période de 3ans). La collecte des données a été effectuée à partir des registres d'activités réalisées par le centre de santé communautaire de Hamdallaye.

4.1.2 Une enquête transversale par sondage aléatoire simple

Cette enquête portait sur le degré de satisfaction, auprès d'un échantillon représentatif de la population de l'aire de santé de l'ASACOHAM. La base de sondage était la liste des concessions de la commune.

Des questionnaires ont été adressés à la population de Hamdallaye, au personnel du centre et aux membres de l'ASACO.

4.5. Population d'étude

La population d'étude a concerné les habitants vivant dans l'aire de Hamdallaye. Ces habitants devaient satisfaire les critères d'inclusion et accepter de faire partie de l'étude.

Les unités d'observations (unités statistiques) étaient représentées par les adultes hommes et femmes présents au moment de l'étude, le personnel du centre et les membres du bureau de l'association.

Toutes les enquêtes seront conduites sur les critères ci-après :

4.1.3 Critères d'inclusion :

❖ **Pour les membres du Conseil d'Administration (CA)**

Être un membre du CA et présent au moment de l'enquête.

❖ **Pour les membres du Conseil de Gestion (CG)**

Être un membre du CG et aussi présent au moment de l'enquête.

❖ **Pour le personnel du centre**

Être un personnel du centre et présent au moment de l'enquête.

❖ **Pour les usages**

Etait inclus dans cette étude les adultes hommes ou femme ayant au moins 18 ans et ayant utilisé une fois au moins le centre de santé ASACOHAM et résidant à Hamdallaye depuis 6 mois au moins.

4.1.4 Critères de non-inclusion

Toute personne éligible pour l'étude, mais ayant refusé d'y participer.

Toute personne absente au moment de l'étude.

4.6. Les variables étudiées étaient :

❖ **Les variables liées aux membres du Conseil d'Administration :**

• **variable quantitative :**

- Durée au poste,
- Année de création de l'ASACO,
- Le nombre de membres que composé l'ASACO,
- Le nombre de femmes que compte le bureau de l'ASACO,
- Le nombre de réunion tenue au cours de l'année,

- Le nombre de procès-verbaux disponibles,
- L'effectif fonctionnel des membres du bureau aux réunions,
- Le nombre de personnels dans le centre.

- **Les variables qualitatives :**

- L'idée de création de l'association,
- L'élection des membres du bureau de l'ASACO,
- L'apport de la communauté dans la création du CSCOM,
- les activités de sensibilisation menée par l'ASACO,
- La tenue des réunions périodiques,
- La disponibilité des procès-verbaux,
- La disponibilité des membres du bureau aux réunions,
- La disponibilité des rapports d'activité,
- La tenue de l'assemblée générale l'année passée,
- La signature des conventions d'assistance mutuelle,
- La tenue du respect des engagements de la CAM,
- L'alimentation de la caisse de référence évacuation,
- Le principe de recrutement du personnel contractuel,
- Le niveau de qualification du personnel,
- La nature de paiement du personnel,
- Le siège de l'association,
- Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

- ❖ **Les variables liées aux membres du Comité de Gestion :**

- **Les variables quantitatives :**

- Durée au poste,
- Le nombre des membres du bureau,
- Le nombre de réunion au cours de l'année 2013,
- Le nombre de procès-verbaux disponible,
- Le budget prévu.

- **Les variables qualitatives :**

- Poste occupé,
- L'élection des membres du bureau de conseil de gestion par le conseil d'administration,

- La tenue des réunions périodiques,
- La disponibilité des procès-verbaux,
- La disponibilité des membres du bureau aux réunions,
- La vérification journalière des comptes,
- Le décaissement des fonds,
- Les rapports de la situation comptable de l'année passée,
- Les rapports de budget prévisionnel pour l'année en cours,
- Le niveau d'exécution du budget prévu,
- Le micro plan élaboré au niveau du CSCOM,
- Le programme d'activités élaboré par l'association,
- Les contrôles de gestion par la mairie,
- Les préoccupations auxquelles souhaitez avoir un appui financier,
- Les projets de formations et/ou de promotion à l'endroit du personnel du centre,
- Les suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre.

❖ **Les variables liées à l'organisation des services techniques**

• **La variable quantitative :**

- Le tarif des cartes de membre.

• **Les variables qualitatives :**

- Le bureau d'accueil et d'information pour les patients,
- L'organigramme affiché dans le centre,
- Les plaques d'identification au niveau des unités de prestations,
- Les panneaux d'affichage indiquant les tarifs des actes médicaux,
- Les panneaux d'affichage indiquant les tarifs des médicaments,
- Les panneaux d'affichage indiquant les tarifs du laboratoire,
- Les panneaux d'affichage indiquant les conditions et avantages liés à l'adhésion de l'ASACO,
- Les cartes d'adhésions,
- Les carnets de reçu pour chaque prestation.

❖ **Les variables liées aux personnels du centre :**

• **Les variables quantitatives :**

- Agé,
- La durée de travail dans le centre.

• **Les variables qualitatives :**

- Qualification,
- Poste,
- Sexe,
- La réunion du personnel,
- Les objectifs du centre,
- Les conditions de travail des personnels,
- La motivation du personnel dans le travail,
- La formation et/ou la promotion du personnel de la part de l'ASACOHAM et/ou du Centre,
- Les missions d'évaluation du centre,
- Les relations entre les membres du personnel,
- Le médiateur du centre,
- Les ressources générées par le centre,
- Les causes d'insuffisances dans l'utilisation des services offerts par le CSCOM,
- Les suggestions pour une meilleure viabilité du CSCOM.

❖ **Les variables liées aux usages du centre :**

• **La variable quantitative :**

- Agé

• **Les variables qualitatives :**

- Sexe,
- Niveau d'éducation,
- La Connaissance de l'existence de l'ASACOHAM,
- L'accessibilité géographique du centre,
- L'accueil et l'orientation vers les différents services de prestations du centre,
- Le temps d'attente au centre,
- Les prestations du centre,

- Le coût des différents services de prestations,
- La nature de consultation,
- Les informations sur le diagnostic de la maladie,
- Le niveau de satisfaction par rapport aux services offerts,
- La possession de la carte d'adhésion,
- Le renouvellement de la carte d'adhésion,
- Les suggestions par rapport à l'amélioration des services offerts par CSCOM.

4.7. Echantillonnage

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

Choix au niveau de l'ASACO : Nous avons procédé aux choix raisonnés pour les membres du bureau Conseil d'Admiration et du Comité de Gestion de L'ASACOHAM.

Choix au niveau des utilisateurs : Les individus constituant l'échantillon ont été extraits par hasard au niveau de la population.

4.8. Taille de l'échantillon

ASACO: Le choix a été porté sur les membres du Conseil d'Administration (03) et du Comité de Gestion (02) membres.

CSCOM : Inclus dans notre étude le médecin directeur, le médecin adjoint, les sages-femmes, les infirmières, les aides-soignantes, les laborantins, le gérant du dépôt, le comptable, le manœuvre et le gardien, soit un effectif de **20** personnes.

Au niveau des utilisateurs : La population de l'aire de santé de l'ASACOHAM a été estimée à 33 504 habitants en 2013 selon le système d'information sanitaire du CSREF CIV.

La taille de l'échantillon a été calculée par la formule de Daniel Schwartz :

$$n = z^2 \frac{PQ}{l^2}$$

n = ta l'échantillon

z = paramètre lié au risque d'erreur (z=1,96 pour un risque de 5%)

P= prévalence attendue de la fréquentation du centre de santé par la population, elle est exprimée en fraction de 1 ; pour notre étude elle est de 0,16

q=1-p ; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1 ; q=0,84

i= précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en

Fraction de 1 et évaluée à 0,05.

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage est de :

$$n= (2)^2(0,16) (0,84)/(0,05)^2 = 216$$

En ajoutant les 10% de non réponse nous avons eu n= 245 comme la taille minimale

4.9. Pas de sondage

Le pas sondage est obtenu par la formule suivante :

Le pas de sondage=nombre de concessions

Taille de l'échantillon

Pas de sondage $4257/216=20$.

4.10. Le choix des concessions

Il a été effectué à travers la méthode EPI qui consistait à repérer le centre géographique de la zone d'étude, puis à travers le jet d'un stylo nous avons suivi la direction indiquée par l'embout de celui-ci. Pour cela nous avons considéré la mairie comme le centre. Dans la rue choisie à travers la méthode EPI, chaque concession de cette rue a été numérotée et nous avons procédé à un tirage au sort, le numéro tiré correspondait à la première concession à visiter. Dans chaque concession choisie, nous avons choisi un ménage au hasard, et toutes les personnes adultes âgées de 18 ans au moins ont été interrogées jusqu'à l'obtention de l'effectif requis.

Nous avons continué notre évaluation par la droite en choisissant la prochaine concession de sorte qu'elle soit séparée de la précédente de 20 concessions.

4.11. Technique de collecte

Interview semi directif : Avec les entretiens semi directifs en mode face à face nous avons collectés des informations (avis sur la qualité des services de prestation) concernant les usagers du CSCOM, le personnel du CSCOM et les membres du bureau de l'ASACOHAM.

Consultations des registres : Nous avons collectés des informations relatives aux services offerts, aux dépenses et aux recettes à travers les registres des consultations médicales, des analyses du laboratoire, consultation prénatale, des accouchements et celle de l'agent comptable.

Calcul des indicateurs de performances du tableau V.

Calcul des indicateurs financiers de productivité étaient faites à travers les formules ci-après :

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

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

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

2) Taux de recouvrement des médicaments

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

3) Taux de recouvrement de la tarification

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

4) Taux d'équilibre de la gestion du dépôt

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

5) Taux d'équilibre des prestations

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

6) Ratio de productivité

- Productivité financière du personnel soignant

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

- Productivité financière du médecin

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

- Productivité financière de la sage-femme

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

- **Productivité technique du personnel soignant**

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

- **Productivité technique du médecin**

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

- **Productivité technique de la sage-femme**

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

Pour le calcul de la productivité technique des agents :

❖ Consultation curatif

Nous avons pris en compte l'activité et le salaire d'un médecin sur les deux

❖ Maternité

Nous avons supposé que

Les CPN CPON PF étaient réalisées à 50% par la sage femme et à 50% par l'infirmière obstétricienne

L'accouchement était réaliser à 50% par la sage femme 30% par l'infirmière obstétricienne et 20% par les deux matrones

7) Adéquation des ressources humaines

$$- \frac{\text{ nombre de personnel}}{\text{ population de l'aire de santé}}$$

$$- \frac{\text{ nombre de médecin}}{\text{ population de l'aire de santé}}$$

$$- \frac{\text{ nombre de sage-femme}}{\text{ population de l'aire de santé}}$$

- $\frac{\text{nombre d'infirmier}}{\text{population de l'aire de santé}}$

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

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

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

4.12. Les outils de collecte des données

Fiche d'enquête, objet jeté lors de la méthode EPI (stylo), les registres des consultations médicales, des analyses du laboratoire, consultations prénatales, des accouchements, des vaccinations et celle de l'agent comptable.

4.13. Plan de collecte des données

Les participants étaient accueillis par nous dans un endroit calme et sur de son choix où nous étions seuls avec elle. Après acquisition de son consentement libre et éclairé matérialiser par la signature d'une fiche de consentement. Nous faisons une interview semi dirigée pour remplir la fiche d'enquête conçue pour l'étude.

Nous avons collecté des informations relatives aux services offerts, aux dépenses et aux recettes avec le président du comité de gestion dans la salle de l'agent comptable à travers les registres des consultations médicales, des analyses du laboratoire, des consultations prénatales, des accouchements, des vaccinations et celui de l'agent comptable.

4.14. Traitement et analyse des données

Après la collecte des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel des différentes fiches de collecte. La saisie a été effectuée avec le logiciel Epi DATA version 3.1; après les données avaient été exportées sur le logiciel Excel pour l'épuration. A la fin de laquelle les données étaient exportées sur le logiciel SPSS version 21 qui nous a servi pour l'analyse et les résultats ont été représentés sous forme de tableaux. Le document a été rédigé à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010.

4.15. Considérations éthiques

Avant de commencer l'enquête, nous avons pris contact avec le CSRef de la commune IV, la mairie de la CIV, le président de l'ASACOHAM, le chef de quartier d'Hamdallaye afin de leur expliquer les objectifs visés par notre étude, pour obtenir leur approbation. Pendant l'enquête, nous avons expliqué à tous ceux qui désiraient répondre à nos questions : à l'aide d'une fiche de consentement volontaire, éclairé, ce sur quoi portait l'étude, son but et ce qu'on attend d'eux à travers leur participation. Après l'obtention de leur consentement volontaire éclairé et matérialisé sur une fiche de consentement, nous avons interrogé les participants tout en respectant les conditions de l'enquête à savoir : le respect de la personne humaine, l'anonymat et la confidentialité.

5. RESULTATS

5.1. Rôle de l'ASACO

❖ Données sur les informations du Conseil d'administration

Conseil d'administration avait un effectif de 21 membres, dont 05 femmes élues par AG.

Les apports de l'ASACOHAM par rapport à la mise en place du CSCOM étaient : la sensibilisation, la recherche de partenaire et l'investissement humain.

Il n'avait pas convoqué d'AG depuis 2 ans pour la raison de non disponibilité des rapports.

La convention d'assistance mutuelle était signée avec la mairie.

La caisse de référence-évacuation était régulièrement alimentée.

❖ Données sur les informations du Conseil de Gestion

Au nombre de 06 membres, ils étaient tous élus par le conseil d'administration ; les membres du Conseil de Gestion tenaient des réunions périodiques à un rythme mensuel.

Les comptes étaient journalièrement vérifiés par le président du comité de gestion et le trésorier. L'ASACOHAM avait un fonds en dehors de ceux du centre en provenance d'une association d'ANGER dénommé les ANGEVIENS.

L'ASACOHAM n'avait aucun projet de formation à l'endroit du personnel du centre

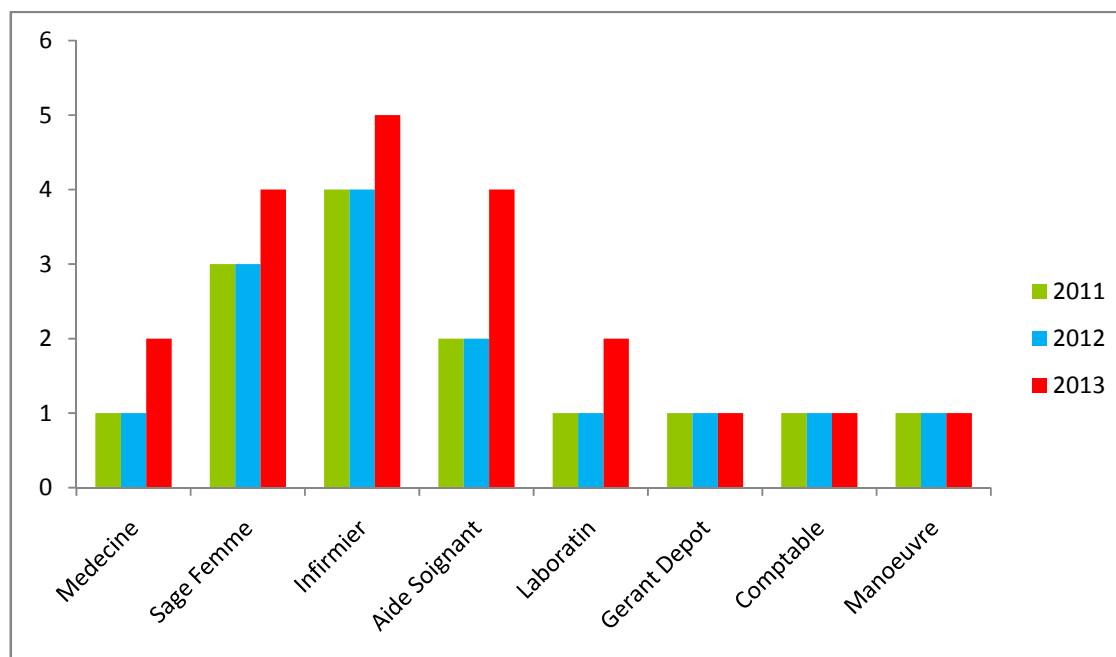


Figure 2 : Evolution du nombre du personnel de l'ASACOHAM au cours des trois dernières années.

Le personnel était resté constant à 14 en 2011 et 2012 puis est passé à 20 en 2013.

Tableau I: Répartition du personnel de l'ASACOHAM selon le nombre d'années de service.

Nombre d'années	Effectifs	%
1-3 ans	9	45
4-6 ans	6	30
7-8 ans	5	25
Total	20	100

On notait que 45% du personnel du centre avait une ancienneté de service entre 1 et 3 ans.

Tableau II: Répartition du personnel de l'ASACOHAM en fonction de leur catégorie salariale en 2014.

Personnel	Catégorie de salarié			total
	Etat	Fonds PPTE	ASACO	
Médecin	1	1	0	2
Sage-femme	2	2	0	4
Infirmière	4	1	0	5
Aide-soignante	3	0	1	4
Laborantin	0	1	1	2
Gérant	0	0	1	1
Comptable	0	0	1	1
Gardien	0	0	1	1
effectif	10	5	5	20
Total	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%

Les fonctionnaires de l'Etat étaient plus nombreux soit 40,0%.

Tableau III: Répartition du personnel du CSCOM selon sa connaissance de la contribution de l'ASACOHAM dans l'atteinte des objectifs du CSCOM en 2014.

Atteinte des objectifs	Effectifs	%
Contribution	4	20,0
Non contribution	16	80,0
Total	20	100

La majorité des personnels soit 80% affirmait que l'association n'aidait pas le centre.

Tableau IV: Répartition du personnel selon les formations reçues de la part de l'ASACOHAM en 2014.

Formations	Effectifs	%
Oui	5	25,0
Non	15	75,0
Total	20	100,0

Le quart du personnel soit 25,0% avait bénéficié de formation.

5.2. Organisation des services techniques de l'ASACOHAM

Au niveau du CSCOM il existe:

- Un bureau d'accueil et d'informations pour les patients ;
- Un organigramme définissant l'organisation fonctionnelle du centre ;
- Un tableau de tarifs indiquant les prix des prestations des médicaments et diverses analyses de laboratoire ;
- Un tableau comportant les conditions d'adhésion à l'ASACOHAM, ainsi que les avantages qui y sont liés ;
- Des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestation ;
- Des cartes d'adhésion ;
- Des carnets de reçu pour chaque prestation.

Tableau V: Système de tarification des activités de l'ASACOHAM en 2014.

Activités du CSCOM	Adhérent	Non- adhérent
Consultation médicale (par jour)	300	600
Accouchement (par jour)	1500	2000
Pansement (pour 15 jours)	1000	1000
Injection (par jour)	200	200
Perfusion (par jour)	500	500
Suture (par jour)	1000	1000
CPN (par jour)	250	250
PEV (par jour)	100	100

Le tarif était de 300 Fcfa pour les adhérents et de 600 Fcfa pour les non adhérents pour la consultation médicale ; L'accouchement était de 1500 Fcfa pour les adhérents et 2000 Fcfa pour les non adhérents. Par contre il n'y a pas de différence de prix d'adhésion concernant les autres prestations.

5.3. Performances techniques de l'ASACOHAM

Tableau VI: Évolution des activités menées par rapport aux objectifs fixés par l'ASACOHAM au cours des trois dernières années.

Année	2011			2012			2013		
	Cible	Obj Fixe	Résultat	Cible	Obj Fixe	Résultat	Cible	Obj Fixe	Résultat
Consultations médicales	31069	27%	19,0%	32187	15%	19,6%	33504	15%	16,1%
CPN	1553	70%	66,0%	1609	50%	45,0%	1675	50%	38,2%
Accouchement	1553	50%	12,1%	1609	15%	13,3%	1675	25%	16,7%
CPON	1553	40%	10,0%	1609	15%	7,0%	1675	25%	6,5%
PF	6835	10%	3,8%	7081	5%	4,0%	7371	5%	4,2%
CPES	6835	40%	8,1%	7081	5%	7,6%	7371	10%	3,6%

En 2012 et en 2013 les objectifs fixés en consultations médicales ont été largement dépassés avec des taux respectifs de 19,6% et 16,1%, contrairement en 2011 ou on notait un taux de 19,0%. Au niveau de la maternité, on notait une diminution du taux de CPN soit respectivement 66,0%, 45,0% et 38,2%. La PF était en croissance soit respectivement 3,8%, 4,0% et 4,2%.

Évolution des indicateurs de performances de l'ASCOHAM durant les trois dernières années

Tableau VII : Les indicateurs de productivités financières de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :

INDICATEURS PRODUCTIVITE FINANCIERE	2011	2012	2013
1 Productivité financière du personnel soignant	1,45	1,12	1,11
Chiffre d'affaires tarification	4 115 365	3 179 100	3 287 565
Total charges du personnel soignant	2 845 790	2 845 790	2 968 520
2 Productivité financière du médecin	1,96	1,51	1,57
Chiffre d'affaires tarification	4 115 365	3 179 100	3 287 565
Salaire du médecin	2 100 000	2 100 000	2 100 000
3 Productivité financière de la sage-femme	0,74	0,49	0,47
Chiffre d'affaires de la maternité	848 510	573 900	542 750
Salaire de la sage-femme	1 152 000	1 152 000	1 152 000

Nous avons observé une décroissance au niveau de la productivité financière du personnel soignant durant ces trois dernière année soit respectivement de 1,45; 1,12 et 1,11.

Tableau VIII : Les indicateurs de productivités technique de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :

INDICATEURS PRODUCTIVITE TECHNIQUE	2011	2012	2013
1 Productivité technique annuelle du médecin			
Salaire médecin	2 100 000	2 100 000	2 100 000
Nombres de consultations annuelles du médecin	3 535 800	3 781 800	3 247 800
2 Productivité technique mensuelle du médecin			
Salaire mensuelle du médecin	175 000	175 000	175 000
Nombres de consultation mensuelle du médecin	294 600	315 000	270 650
3 Productivité technique annuelle de la sage-femme			
Salaire annuelle de la sage-femme	1 152 000	1 152 000	1 152 000
Nombres d'actes annuels de la sage-femme	60 900	47550	82300
4 Productivité technique mensuelle de la sage-femme			
Salaire mensuelle de la sage-femme mensuelle	96 000	96 000	96 000
Nombres d'actes annuel de la sage-femme	5 075	3 962	6858
5 Productivité technique annuelle du technicien de labo			
Salaire annuelle du technicien de laboratoire	900 000	900 000	900 000
Nombres d'examen annuel du tech du laboratoire	1 675 000	1 069 000	1 932 000
6 Productivité technique mensuelle du technicien de labo			
Salaire mensuelle du technicien de laboratoire	75 000	75 000	75 000
Nombres d'examen mensuel du tech de labo	139 583	89 083	161 000
7 Productivité technique annuelle de l'inf obstétricienne			
Salaire annuelle de l'infirmière obstétricienne	900 000	900 000	900 000
Nombres annuels d'actes de l'infirmière obstétricienne	88 500	71 000	82 300
8 Productivité technique mensuelle de l'inf obstetricienne			
Salaire de l'infirmière obstétricienne	75 000	75 000	75 000
Nombres d'actes de l'infirmière obstétricienne	7 375	5 916	5 729
9 Productivité technique annuelle du matrone			
Nombres d'actes de la matrone	540 000	540 000	540 000
Salaire annuelle de la matrone	3 500	3 200	8 900
10 Productivité technique mensuelle du matrone			
Nombres d'actes de la matrone	45 000	45 000	45 000
Salaire mensuelle de la matrone	291	266	741

Tableau IX : Les indicateurs des ressources financières de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :

INDICATEURS DE RESSOURCES FINANCIERES	2011	2012	2013
1 Taux de bénéfice brut en médicaments	0,20	0,22	0,26
Bénéfice brut	2 747 120	3 345 965	2 629 950
Vente	13 267 520	14 920 085	10 163 256
Achat	10 520 400	11 574 120	7 533 306
2 Taux de recouvrement des médicaments	1,04	0,99	1,038
Vente	14 267 520	14 920 085	10 163 259
Achat x Coefficient (1,30)	13 676 520	15 046 356	9 793 297
3 Taux d'équilibre des prestations	0,87	0,71	0,86
Recettes des prestations	7 850 300	6 640 500	6 403 105
Dépenses des prestations	8 995 200	9 318 740	7 477 581
4 Taux d'équilibre de la pharmacie	1,26	1,19	1,35
Recettes de la pharmacie	13 267 520	14 920 085	10 163 256
Dépenses de la pharmacie	10 520 400	12 477 470	7 533 306
5 Taux d'équilibre du CSCOM	1,13	0,99	1,10
Recettes total du CSCOM	22 117 820	21 560 585	16 566 361
Dépenses total du CSCOM	19 515 600	21 796 210	15 010 887

Il a été observé une évolution en dent de scie du taux d'équilibre du CSCOM durant les trois dernières années avec respectivement 1,13 ; 0,99 et 1,10.

Tableau X : Les indicateurs des ressources humaines de l'ASCOHAM durant les trois dernières années :

INDICATEURS RESSOURCES HUMAINES	2011	2012	2013
Nombre total du personnel	14	14	20
1 Nombre habitants/personnel	2219	2299	1675
Nombre de médecins	1	1	2
2 Nombre habitant/médecin	31069	32187	16752
Nombre de sages-femmes	3	3	4
3 Nombre d'habitant/sage-femme	10356	10729	8376
Nombre d'infirmiers	4	4	5
4 Nombre d'habitant/infirmier	7767	8047	6701
Nombre moyen de consultations/mois	491	525	451
Nombres de consultants	1	1	2
5 Ratio moyen des consultations	491	525	225
Nombre moyen d'accouchements/mois	16	20	15
Nombre de sages-femmes	3	3	4
6 Ratio moyen des accouchements	5	7	4
Nombre de consultations curatives/annuelle	5893	6303	5413
Nombre de personnel soignant	10	10	16
7 Ratio de consultations curatives	589	630	338

Par rapport au nombre de médecins nous avons eu au cours des trois dernières années respectivement 1/31069 habts en 2011 ; 1/32187 habts en 2012 et 1/16752 habts en 2013.

En ce qui concerne le nombre de sages-femmes nous avons eu respectivement 1/10356 habts en 2011, 1/10729 habts en 2012 et 1/8376 habts.

Tableau XI : Évolution des examens complémentaires réalisés par l'ASACOHAM au cours des trois dernières années.

Analyse	Type	2011	2012	2013
Hématologie	Glycémie	196	37	125
	Groupe rhésus	74	23	85
	taux d'Hémoglobine	95	103	93
	test d'Emmel	69	33	73
Parasitologie	Toxoplasme	50	39	9
	goutte Epaisse	427	350	654
	TDR	58	123	320
Sérologie	Widal	284	215	367
	BW	61	24	54
	VIH	8	1	12
Total		1322	948	1792

Le plus grand nombre d'examens complémentaires étaient réalisés en 2011 avec 1322 pour l'année 2012-2013 on notait respectivement 948 et 1792 examens complémentaires.

5.4. Evolution des recettes et des dépenses de l'ASACOHAM de 2011 à 2013.

Tableau XII : Evolution des recettes du CSCOM au cours des trois dernières années.

Résultat	2011		2012		2013	
	Recettes	%	Recettes	%	Recettes	%
Pharmacie	13 267 520	60,0%	14 920 085	69,2%	10 163 256	61,3%
Tarification	7 850 300	40,0%	6 640 500	30,8%	6 403 105	38,7%
Total	22 117 820	100,0%	21 560 585	100,0%	16 566 361	100,0%

Concernant l'évolution des recettes pharmaceutiques, nous avons observé une évolution de 1,03% des recettes entre 2011-2012 et une régression de 0,89% entre 2012-2013. En ce qui concerne la tarification l'évolution était en régression de 0,77% entre 2011-2012 et en augmentation de 1,25% entre 2012-2013.

Tableau XIII : Evolution des dépenses du CSCOM au cours des trois dernières années.

Résultat	2011		2012		2013	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%
Pharmacie	10 520 400	53,9%	12 477 470	57,3%	7 533 306	50,2%
Tarification	8 995 200	46,1%	9 318 740	42,7%	7 477 581	49,8%
Total	19 515 600	100,0%	21 796 210	100,0%	15 010 887	100,0%

Pour les dépenses pharmaceutiques nous avons observé une évolution de 1,1% des dépenses entre 2011-2012 et une régression de 0,9% entre 2012-2013. En ce qui concerne la tarification on notait une régression à 0,9% entre 2011-2012 et en augmentation de 1,2% entre 2012-2013

Tableau XIV : Récapitulatif des résultats des dépenses et des recettes du CSCOM au cours des trois dernières années.

Résultat	Années	Recettes	Dépenses	Solde
Pharmacie	2011	13 267 520	10 520 400	(+) 2 747 120
	2012	14 920 085	12 477 470	(+) 2 442 615
	2013	10 163 256	7 533 306	(+) 2 629 950
Tarification	2011	7 850 300	8 995 200	(-) 1 144 900
	2012	6 640 500	9 318 740	(-) 2 678 240
	2013	6 403 108	7 477 581	(-) 1 074 473

Globalement on notait une évolution déficitaire au niveau la tarification au cours des trois dernières années contrairement à la pharmacie.

5.5. Niveau de satisfaction des usagers

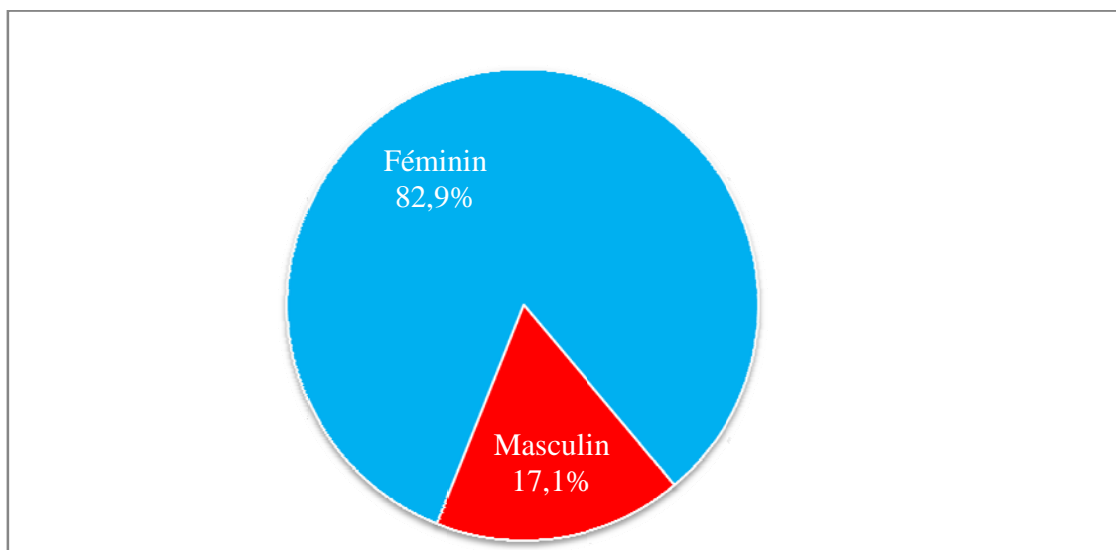


Figure 3 : Répartition selon le sexe des usages de l'ASCOHAM en 2014.

Les femmes prédominaient avec 203 cas soit un effectif de 82,9% avec un sexe ratio à 0,22.

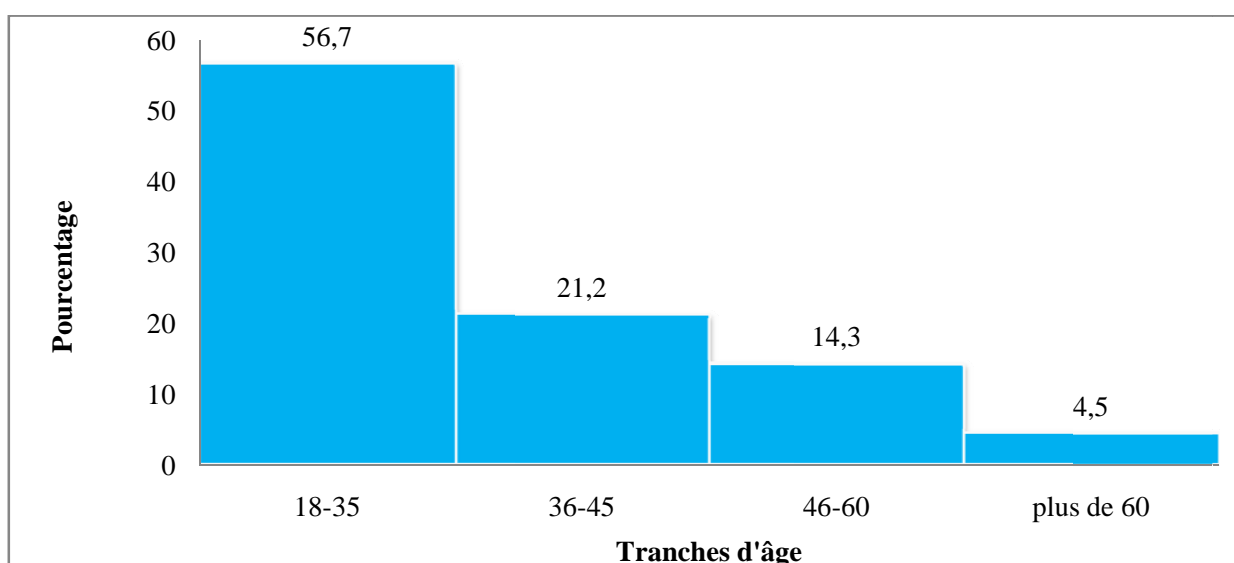


Figure 4: Répartition des usagers du CSCOM selon la tranche d'âge en 2014.

La tranche d'âge de 18-35 était la plus représentée avec 56,7%.

Tableau XV: Répartition des usagers de l'ASCOHAM selon le niveau d'instruction en 2014.

Niveau	Effectifs	%
Primaire	46	18,8
Secondaire	100	40,8
Supérieur	29	11,8
Ecole coranique	16	6,5
Non scolarisé	54	22,0
Total	245	100,0

La majorité des usages soit 40,8% avait un niveau d'alphabétisation secondaire.

Tableau XVI: Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur source d'information sur l'existence du CSCOM en 2014.

Moyen	Effectifs	%
Parent	89	36,3
Ami	63	25,7
Voisin	30	12,2
Radio	1	0,4
ASACO	53	21,6
Autre	9	3,7
Total	245	100,0

La majorité des usagers avait appris l'existence du CSCOM par un parent soit 36,3%.

Tableau XVII: Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur avis sur l'accueil et l'orientation en 2014.

Accueil	Effectifs	%
Bon	180	73,5
Moyen	43	17,6
Mauvais	22	8,6
Pas de réponse	1	0,4
Total	245	100,0

Plus de la moitié soit 73,5% trouvaient que l'accueil et l'orientation dans le centre étaient bons.

Tableau XVIII : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur avis sur le coût des services de prestations en 2014.

Coût	Effectifs	%
Bon	148	60,4
Abordable	73	29,8
Elevé	22	9,0
Autres	2	0,8
Total	245	100,0

Plus de la moitié des usagers soit 60,4% trouvaient le coût des services de prestations bon.

Tableau XIX : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur perception du temps d'attente en 2014.

Temps	Effectifs	%
Court (moins de 10 minutes)	185	75,5
Moyen (10-20 minutes)	48	19,6
Long (20-30 minutes)	10	4,1
Très long (plus de 30 minutes)	2	0,8
Total	245	100,0

Plus de la moitié des usages soit 75,5% trouvaient le temps d'attente court.

Tableau XX : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon leur niveau de satisfaction des prestations des services offertes par le CSCOM en 2014.

Satisfaction	Effectifs	%
Très satisfait	167	68,2
Satisfait	49	20,0
Moins satisfait	18	7,3
Pas du tout satisfait	11	4,5
Total	245	100

On retenait que 68,2% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services du CSCOM de l'ASACOHAM.

Tableau XXI : Répartition des usagers de l'ASACOHAM par rapport à leur envie de revenir au centre en 2014.

Retour au centre	Effectifs	%
Oui	223	91,0
Non	22	9,0
Total	245	100,0

Presque la totalité soit 91,0% des usagers était prête à retourner pour d'autres prestations.

Tableau XXII: Répartition des usagers de l'ASACOHAM en fonction des raisons évoquées pour le retour pour d'autres prestations.

Retour	Effectifs	%
Tarif abordable	26	11,5
Bon accueil	27	11,9
Disponibilité du personnel	18	8,0
Compétence du personnel	30	13,3
Qualité du service	22	9,7
Médicament peu cher	5	2,2
Proximité	98	43,4
Total	226	100,0

Les usagers qui étaient prêts à retourner pour d'autres prestations, la majorité soit 43,4% ont eu a évoqué des raisons de proximité.

Tableau XXIII : Répartition des usagers de l'ASACOHAM selon la raison pour laquelle il ne soit pas prêt à retourner pour d'autres prestations.

Cause	Effectifs	%
Tarif non abordable	1	4,5
Mauvais accueil	14	63,6
Manque d'hygiène	1	4,5
Compétence du personnel insuffisante	2	9,1
Mauvaise qualité de service	3	13,6
Non-disponibilité des médicaments DCI	1	4,5
Total	22	100,0

Les usagers qui ne sont pas prêts à retourner pour d'autres prestations plus de la moitié soit 63,6% avaient comme raison le mauvais accueil des usagers.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1. Rôles de l'ASACO

❖ Données sur les informations du Conseil d'administration

Le conseil d'administration avait un effectif de 21 membres, dont 05 femmes élues par AG ce nombre était supérieur à celui retrouvé habituellement (17 membres).

Les apports de l'ASACOHAM par rapport à la mise en place du CSCOM étaient : la sensibilisation, la recherche de partenaire et l'investissement humain ce qui cadrerait avec leur rôle en général.

Il n'avait pas convoqué d'AG depuis deux ans, la raison évoquée était la non disponibilité des rapports de la trésorerie, ce résultat était proche des trois années sans AG de MADEGNE J[10] en 2013 à l'ASACOBOL I. L'ASACOHAM avait respecté les textes de la FENASCOM en signant la convention d'assistance mutuelle était signée avec la mairie.

La caisse de référence- évacuation était régulièrement alimentée cela pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'ambulance pour les références évacuations.

❖ Données sur les informations du Conseil de Gestion

Les membres du comité de gestion étaient au nombre de 06 membres ils étaient tous élus par le conseil d'administration ; ces membres tenaient des réunions périodiques à un rythme mensuel ;les comptes étaient journalièrement vérifiés par le président du comité de gestion et le trésorier. Ceux-ci témoignent du bon fonctionnement de ce comité.

L'ASACOHAM avait un fonds en dehors de ceux du centre en provenance des ANGEVIENS ce qui serait un des avantages de la coopération Bamako-Angers.

L'ASACOHAM n'avait aucun projet de formation à l'endroit du personnel du centre, l'explication pourrait être la non faisabilité des AG et du rapport régulièrement.

On notait que 45% du personnel du centre avait une ancienneté de service entre 1 et 3 ans.

▪ Les catégories de salariés :

Les salariés au compte de l'ASACOHAM représentaient 25,0% du personnel. Ce résultat est différent de ceux de SANAMA DC [14] et de MADEGNEN J[10] qui trouve respectivement 57,1 et 65,0. Ces différences seraient l'implication du CSRéf dans la prise en charge de certains salariés du CSCOM.

La majorité du personnel soit 80% affirmait que l'association n'aidait pas le centre ce qui pourrait être dû à un manque d'information des agents du CSCOM sur l'ASACO.

▪ **La formation :**

Le quart du personnel avait bénéficié des séances formation de la part de l'ASACO. Contrairement à DIARRA A[11] où 89,5% avaient bénéficié des séances de formation. Cette différence pourrait s'explique par la présence d'autre opportunité au niveau de l'Association de Santé Communautaire de Yirimadio.

6.2. L'organisation des services techniques

Au niveau du CSCOM il existe:

Un bureau d'accueil et d'informations pour les patients, un organigramme définissant l'organisation fonctionnelle du centre, un tableau de tarifs indiquant les prix des prestations des médicaments et diverses analyses du laboratoire, un tableau comportant les conditions d'adhésion à l'ASACOHAM, ainsi que les avantages qui y sont liés, des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestation, ceux-ci pourrait expliquer la bonne orientation des usagers du centre.

6.3. Performances techniques de l'ASACOHAM

Nous avons observé une évolution en dent de scie du taux d'équilibre des prestations durant les trois dernières années avec 0,87 en 2011, 0,71 en 2012 et enfin 0,86 en 2013 ce qui montrerait le mauvais équilibre des prestations du CSCOM, nous pourrions explique ces résultats par une augmentation des dépenses de la tarification qui englobaient certaines dépenses de la pharmacie en 2012 et 2013. Nos résultats sont différents de ceux de MADEGNEN J [10] qui trouve sur trois années successives 0,64 ; 0,68 ; 0,85.

Dans notre étude la pharmacie avait réalisé un taux d'équilibre satisfaisant durant ces trois dernières années soit respectivement 1,26 en 2011 ; 1,19 en 2012 et 1,35 2013,cela pourrait s'expliquer non seulement par la rentabilité des produits pharmaceutiques mais aussi par la faible dépense au niveau de la pharmacie. Nos résultats sont différents à ceux de MADEGNEN J [10] qui trouve sur trois années successives 1,36 ; 1,35 et 1,29.

Le taux d'équilibre du CSCOM au cours des trois dernière année était respectivement de 1.13 ; 0.99 et 1.10

- **Médecin** : Par rapport au nombre de médecins nous avons eu dans notre étude au cours des trois dernières années respectivement 1/31069 habt en 2011, 1/32187 habt en 2012 et 1/16752 habt en 2013 tous très inférieurs aux normes recommandées par l’OMS soit 1/10000 habt. Ils sont inférieurs aux résultats de MADEGNEN J[10]qui respecte les normes de l’OMS avec 1/844 habts en 2010 ; 1/8747habts en 2011 et 1/9159 habts en 2012.

- **Sage-femme** : Par rapport au nombre de sages-femmes nous avons eu dans notre étude au cours des trois dernières années respectivement 1/10356 habts en ; 1/10729 habts et 1/8376 habts. Ces résultats sont très inférieurs aux normes recommandées par l’OMS soit 1/5000 habt. Ils sont inférieurs de ceux de MADEGNEN J [10]qui sont 1/8444 habts, 1/8747habts et 1/9159 habts.

6.4. La performance financière de 2011 à 2013.

- **Recette** : concernant l’évolution des recettes pharmaceutiques nous avons observé une évolution de 1,03% des recettes entre 2011-2012 et une régression de 0,89% entre 2012-2013, ce premier résultat est différent de celui de MADEGNEN J [10]qui trouve une régression de 0,97% en 2011-2012. En ce qui concerne la tarification l’évolution était en régression de 0,77% entre 2011-2012 et en augmentation de 1,25% entre 2012-2013, ce premier résultat était comparable à celui de MADEGNEN J[10] qui trouve 0,98% de régression entre 2011-2012.

- **Dépenses** : concernant l’évolution des dépenses pharmaceutiques nous avons observé une évolution de 1,06% des dépenses entre 2011-2012 et une régression de 0,88% entre 2012-2013, ce premier résultat était comparable à celui de MADEGNEN J[10] qui trouve une évolution de 1,05% en 2011-2012. En ce qui concerne la tarification on notait une régression de 0,93% entre 2011-2012 et en augmentation de 1,17% entre 2012-2013, ce premier résultat était comparable à celui de MADEGNEN J[10] qui trouve 0,95% de régression entre 2011-2012.

Globalement l’évolution des recettes a été suivie par celle des dépenses.

6.5. Niveau de satisfaction des usagers

La majorité des usagers soit 40,8% avait un niveau d’alphabétisation secondaire, et avait appris l’existence du CSCOM par un parent soit 36,3%. Plus de la moitié soit 73,5% trouvaient que l’accueil et l’orientation dans le centre étaient bons supérieur au résultat de MADEGNEN J quia 56,7%[10].

Le coût des services de prestations était jugé bon dans 60,4% des cas, ce qui ne valait pas les 90% de satisfait de MADEGNEN J en 2013[10]cela pourrait être du a la différence de la méthodologie appliquée ; Plus de la moitié de nos usagers soit 75,5% trouvaient le temps d'attente court.

On retenait que 68,2% des usagers étaient très satisfaits des prestations de services du CSCOM de l'ASACOHAM ce qui était inférieur à ceux de SAMANA DC [14]en 2009 et de MADEGNEN J[10]en 2013 qui trouve respectivement 91,6% et 98% de satisfaction cette différence pourrait s'expliquer par le nombre insuffisant de médecin dans notre cas.

Presque la totalité soit 91,0% des usagers était prêts à retourner pour des raisons de proximité chez 43,4 % des usagers. Pour ceux qui n'étaient pas prêts à retourner, plus de la moitié soit 63,6 % avait comme raison le mauvais accueil des usagers.

7. CONCLUSION

A la suite de notre étude, nous avons pu déterminer que l'ASACO avait joué un rôle important dans la création du CSCOM, la sensibilisation, la recherche des partenaires et l'investissement humain. On notait aussi quelques insuffisances comme la non tenu des AG, qu'il n'assurait pas assez de charges salariales.

Le bureau d'accueil et d'information, les tableaux et plaques nécessaires à l'accueil et l'orientation était sur place. Les reçus étaient délivrés pour chaque prestation et les cartes d'adhésions étaient disponibles pour les désireux.

Le taux d'équilibre de la pharmacie était positif contrairement à celui de la tarification qui était négatif. Le personnel soignant, médecin et sagefemme était insuffisant.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, l'accueil, le temps d'attente, le coût des services, la satisfaction des prestations étaient à hauteur de souhait.

La majorité des usagers voulait retourner pour d'autres prestations pour la principale raison de proximité, et ceux qui ne voulaient plus retourner avaient comme principale raison, le mauvais accueil de la part du personnel.

8. RECOMMANDATIONS

A la suite de notre étude il nous paraît opportun de formuler les recommandations suivantes en vue de rendre le centre plus viable :

- Exhorter l'ASACOHAM à la tenue régulière des AG et à la présentation des rapports d'activités.
- Sensibiliser et encourager la population pour l'adhésion à l'ASACO d'une part et à la fréquentation du centre d'autre part.
- Encourager les moyens de communication en vue d'élargir le spectre des informations au sein des populations et entre population et l'ASACO.
- Promouvoir la formation continue du personnel du Centre.
- Veiller à l'établissement d'un budget prévisionnel de l'année.

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

- 1- **AUDIBERT M, DE ROODENBEKE ES, ATHONNATJ.** Utilisation des services de santé en Afrique, « L'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse », développement durable et santé dans les pays du sud, Paris Lyon : Décembre 2004 ; 22p.
- 2- **FENASCOM.** Plan stratégique 2010-2014, document photocopie publié en juin 2010 ; 66.
- 3- **MINISTERE DE LA SANTE.** Système National d'Information Sanitaire (SLIS), Utilisation des services de santé niveau 1 au Mali, DNS-MS Mars 2012, 154p.
- 4- **TRAORE BM.** Etude de la performance d'un centre de santé communautaire urbain : le cas de l'ASACOBAMA de 1989 à 2008. Thèse de doctorat en médecine (FMPOS). Bamako : faculté de FMPOS ; 2009 ; 89p.
- 5- **Population du monde.** Population de chaque pays. Mali. [en ligne]. Disponible sur le site www.world.gazetteer.com. (consulté le 01 novembre 2013).
- 6- **Ministère de l'Economie des Finances et du Budget.** Direction Générale du Budget. Le Budget- citoyen du Mali.2013 ; 16p.
- 7- **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 (EDSM V) Rapport de synthèse 2013 ; 43p
- 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 Santé, EDSMIV (2006), Macro international, Décembre 2007, 497p.

- 9- DEMBELE M.** Evaluation du centre de santé communautaire de Mekin-Sikoro de la commune I du District de Bamako de 1998 à 2007. Thèse de doctorat en médecine. Bamako : faculté de FMPOS ; 2009 ; 118p.
- 10- MADEGNAN M J.** Viabilité des structures de santé communautaires de 2010 à 2012 : cas de l'ASACOBOL I en commune I du District de Bamako. Thèse de doctorat en médecine. Bamako : faculté de FMPOS ; 2013 ; 57p.
- 11- DIARRA A.** Evaluation du centre de santé communautaire de Yirimadio de la commune VI du District de Bamako. Thèse de doctorat en médecine. Bamako : faculté de FMPOS ; 2009 ; 101p.
- 12- AG IKNANE A, CAMARA I.** Manuel de formation en gestion des centres de santé communautaires au mali. 2007 ; 80p.
- 13- SIS.** Système Locale d'Information Sanitaire CSref Commune 1V. Bamako 2013 ; 22p.
- 14- SANAMA DC.** Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako. Thèse de médecine (FMPOS). Bamako : faculté de FMPOS ; 2010 ; 113p.

10. ANNEXE

10.1. Fiche signalétique

Prénom : Hamidou

Nom : SACKO

Adresse mail : sacko0785@yahoo.fr

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : FMOS

Année de soutenance : 2014

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé communautaire

Résumé

Notre étude s'intitulait « La viabilité des structures de santé communautaire : cas de l'ASACOHAM de la commune IV du district de BAMAKO », avec comme objectif d'étudier le niveau de viabilité du centre de santé communautaire de Hamdalaye en 2014. L'étude était de type transversal déroulé de Janvier à Juin 2014, elle a concerné les membres du conseil administratif, du conseil de gestion, le personnel du centre et les usagers. Les différents organes de l'ASACO étaient mise en place et fonctionnaient normalement. La convention d'assistance mutuelle était signée par la mairie et l'ASACO. Il y avait un manque de projet de formation pour le personnel, 25% d'entre eux avaient bénéficié de formation de la part de l'ASACO dans le passé. En 2012 et 2013 les objectifs atteints pour consultation médicale étaient respectivement 130,6% et 107,7% contrairement à 2011 avec 72,2%. Le taux d'équilibre des prestations de service étaient respectivement 0,87 ; 0,71 ; 0,86 et celui de la pharmacie était 1,26 ; 1,19 ; 1,35 pour 2011 ; 2012 et 2013. Le meilleur ratio était celui de 2013 avec 1 médecin/16752 habitants. Les usagers étaient satisfaits de l'accueil (73,5%), du coût (60,4%) et du temps d'attente (75,7%). Ils affirmaient être très satisfaits de la prestation du service dans 68,2% des cas et 91,4% était prêt à retourner pour d'autres actes. Cette étude nous a permis de savoir que le CSCOM de Hamdalaye contribuait à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Mots clés : ASACO, CSCOM, usager

10.2. Questionnaire adressé aux membres du conseil d'administration de l'ASACO

I. Identification

Nom de la structure.....

Quartier.....

Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II. Fonctionnement du conseil d'administration

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

1. Communauté /.../

2. Elus /.../

3. Autorités sanitaires /.../

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

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

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

Si oui, en quelle année ?.....

Sinon comment ont-ils été élus ?.....

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

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

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

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

.....

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

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

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

10. Combien de réunions avez-vous tenues au cours de l'année?.....

11. Combien de réunions avez-vous tenues au cours de l'année?.....

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

Si oui combien (Procès à voir) ?.....

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

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

Sinon, quel est réellement l'effectif fonctionnel ?.....

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

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

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

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

Sinon pourquoi ?.....

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

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

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

Sinon pourquoi ?.....

(CAM à voir)

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

1-Cref /.../

2-Mairie /.../

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

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

16.2. Cskom 1-Oui/.../ 2-Non/.../

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

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

Si oui quel est la périodicité ?.....

Sinon pourquoi ?.....

21. Est-ce que le principe de recrutement du personnel contractuel est –il respecter ?
 1- Oui/.../ 2- Non/.../
 Sinon pourquoi ?.....
22. Quel est le nombre de personnels dans le centre ?.....
23. Quels sont les niveaux de qualification du personnel ?
 1. Médecin /.../ 2. Infirmier /.../
 3. Sage-femme/infirmière obstétricienne /.../ 4.Matrones /.../
24. Quelle est la nature de paiement du personnel ?
 1. Etat /.../ 2. Collectivités /.../ 3. Recouvrements ASACO /.../
 4. Autres à préciser.....
25. L’association a-t-elle un siège différent du centre de santé ?
 1-Oui/.../ 2-Non/.../
26. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de l’association et son centre ?.....

10.3. Questionnaire adressé aux membres du conseil de gestion de l'ASACO

I- Identification

Nom de la structure.....

Quartier.....

Nom..... Prénoms.....

Poste occupé.....

Durée au poste.....

II- Fonctionnement du conseil de gestion

1. Les membres du bureau de conseil de gestion ont-ils été élus par le conseil d'administration? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Sinon comment ont-ils été élus ?.....
2. Combien de membres compte le bureau ?.....
3. Tenez-vous des réunions périodiques ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui - quelle est la périodicité ?.....
4. Combien de réunions avez-vous tenue au cours de l'année 2013?.....
5. Les procès-verbaux sont-ils disponibles ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui combien ?.....
6. Tous les membres du bureau sont-ils réguliers aux réunions ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Sinon, quel est réellement l'effectif fonctionnel ?.....
7. Les comptes sont-ils vérifiés journalièrement ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
Si oui par qui ?.....
Sinon pourquoi?.....
8. Qui ordonne le décaissement des fonds ?
 1. Président /.../
 2. Trésorier /.../
 3. Médecin /.../
 4. Autres à préciser.....
9. Les rapports de la situation comptable de l'année passée sont-ils disponibles ?

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

10. Les rapports de budget prévisionnel pour l'année en cours sont-ils disponibles ?

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

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

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

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

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

Si oui d'où viennent-elles ?.....

12. Existe-il un microplan élaboré au niveau du CSCOM ?

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

13. Y-a-t-il un programme d'activités élaboré par l'association différent de celui du centre ?

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

Sinon, pourquoi ?.....

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

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

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

.....

Et comment ?.....

.....

16. Avez-vous des projets de formations et/ou de promotion à l'endroit du personnel du centre ?

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

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

Sinon, quelles sont les raisons ?.....

17. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le fonctionnement de l'association et son centre ?.....

10.4. Organisation des services techniques

1. Existe-t-il un bureau d'accueil et d'information pour les patients ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
Sinon comment se font l'accueil et l'information ?.....
2. Existe-t-il un organigramme affiché dans le centre ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
3. Existe-t-il des plaques d'identification au niveau de chaque unité de prestations ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
4. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs des actes médicaux ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
5. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs des médicaments ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
6. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les tarifs du laboratoire ?
1-Oui/.../ 2-Non/.../
7. Existe-t-il des panneaux d'affichage indiquant les conditions et avantages liés à l'adhésion de l'ASACO ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
8. Existe-t-il des cartes d'adhésions ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../
- si oui quel est le tarif des cartes de membre ?.....
9. Existe-il des carnets de reçu pour chaque prestation ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

10.5. ANNEXES 4 : Fiche de dépouillement des activités

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

Années / Activités	2011	2012	2013
Consultations médicales			
CPN			
Accouchement			
CPON			
PF			
Vaccination			
Suivi des enfants sains			

2. **Tableau 2** : Analyses réalisées par le laboratoire du centre au cours des trois dernières années

Type d'analyses / Année	Hématologie	Parasitologie	Bactériologie	Autres
2011				
2012				
2013				

3. Tableau 3 : Évolution du nombre de personnels durant les trois dernières années

Année type de personnel	2011	2012	2013
Médecin			
Technicien supérieur de santé			
Sage-femme			
Infirmière obstétricienne			
Infirmier			
Matrone			
Agents de santé			
Technicien de laboratoire			
Gérant du dépôt			
Comptable/ gestionnaire			
Manceuvre			
Planton			
Autres			

4. **Tableau 4** : Durée du personnel au poste

type de personnel	Durée
Médecin	
Technicien supérieur de santé	
Sage-femme	
Infirmière obstétricienne	
Infirmier	
Matrone	
Auxiliaires de santé	
Technicien de laboratoire	
Gérant du dépôt	
Comptable/ gestionnaire	
Manœuvre	
Planton	
Autres	

5. Tableau 5 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2011

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

6. Tableau 6 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2012

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

7. Tableau 7 : Compte de résultat pharmacie de l'année 2013

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

8. Tableau 8 : compte de résultat pour la tarification de l'année 2011

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

9. **Tableau 9** : compte de résultat pour la tarification de l'année 2012

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

10. **Tableau 10** : compte de résultat pour la tarification de l'année 2013

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

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

Sinon pourquoi ?.....

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

Sinon pourquoi?

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

Sinon pourquoi?.....

10.6. Questionnaires adressés aux personnels de l'ASACOHAM

Fiche n° :.....

Nom.....

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

Sexe.....

Âgé.....

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

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

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

Si oui à quel rythme ?

a. Hebdomadaire /.../ b. Mensuel /.../ c. Trimestriel /.../

d. Autres.....

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

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

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

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

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

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

.....

6. Est-ce que vous êtes motivé dans votre travail ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Si oui quelle est la source ?.....

7. Avez-vous bénéficié d'une séance de formation et/ou de promotion de la part de l'ASACOHAM et/ou du Centre ? 1-oui/.../ 2-non/.../

Si oui de quel type ?.....

8. Souhaitez-vous avoir une formation complémentaire ? 1-oui/.../ 2-non/.../

Si oui laquelle ?.....

9. Est-ce que le centre reçoit des missions d'évaluation ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

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

.....

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

1. Bon /.../ 2. Assez bon /.../ 3.Satisfaisant /.../ 4. Passable /.../

5. Autres à préciser.....

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

12. Comment les ressources générées sont-elles réinvesties ?

1. Renouvellement du plateau technique /.../

2. Améliorer le salaire des personnels /.../

3. Autres.....

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

1. Barrière culturelle /.../ 2.Accessibilité géographique /.../

3. Accessibilité financière /.../

4.Autres.....

14. Quelles sont vos suggestions pour une meilleure viabilité du CSCOM ?

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

10.7. Questionnaires adressés à la population

Fiche N°.....

Aire de santé:.....Nom.....Prénoms.....

Sexe :..... Âgé.....

1. Niveau d'alphabétisation?

1. Primaire /.../ 2.Secondaire /.../ 3.Supérieur /.../
4. Ecole coranique /.../ 5.Non scolarisé /.../

2. Connaissez-vous l'existence de l'ASACOHAM ? 1-Oui /.../ 2-Non /.../

Si oui par quels moyens ?

1. Parent /.../ 2. Ami /.../ 3. Voisin/.../ 4. Radio/.../

Autres

3. Le centre vous est-il accessible pour vous géographiquement ? 1-oui/.../ 2-non /.../

4. Avez-vous déjà bénéficié des prestations du centre de sa création à nos jours ?

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

5. Comment trouvez- vous l'accueil et l'orientation vers les différents services de prestations ?

1. Bon /.../ 2.Moyen /.../ 3.Mauvais /.../

4. Autres:

Comment trouvez-vous le temps d'attente ?

1. Court /.../ 2. Moyen /.../ 3. Long /.../ 4. Très long /.../

6. Comment trouvez-vous les prestations du centre ?

1. Bon /.../ 2.Moyen /.../ 3.Mauvais /.../

4. Autres:

7. Comment trouvez-vous le coût des différents services de prestations ?

1. Bon /.../ 2. Abordable /.../ 3.Elevé /.../

4 .Autres à préciser.....

8. Quelle est la nature de votre consultation ?

1. Consultation médicale /.../ 2.CPN /.../ 3.Accouchement /.../

4. Autres.....

9. Est-ce que vous avez été informé sur le diagnostic de votre maladie ?

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

10. Votre ordonnance a été expliquée ? 1. Oui /.../ 2. Non/.../

11. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services offerts?

1. Très satisfait /.../ 2. Satisfait /.../

3. Moins satisfait /.../ 4. Pas du tout satisfait /.../

12. Avez-vous une carte d'adhésion ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Sinon pourquoi ?.....

13. Renouvelez-vous la carte d'adhésion ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Sinon pourquoi ?.....

14. Etes-vous prêt à retourner pour d'autres prestations ? 1-Oui/.../ 2-Non/.../

Sinon pourquoi ?.....

Si oui pour quelle raison ?.....

1.1. Tarifs abordable /.../ 1.2. Accueil du personnel /.../

1.3. Disponibilité du personnel /.../ 1.4. Compétence du personnel /.../

1.5. Qualité du service /.../ 1.6. Médicament peut cher /.../

1.7. Proximité /.../

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

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

10.8. Formulaire d'information et de consentement volontaire éclairé

Bonjour mon nom est SACKO Hamidou étudiant à la FMOS.

Nous vous invitons à prendre part à une étude sur la viabilité des centres de santé communautaire, cas de L'ASACOHAM de la commune IV du district de Bamako. La présente étude se fixe comme objectif d'étudier le niveau de viabilité du centre de santé communautaire de Hamdallaye à travers la détermination du rôle de l'ASACO vis à vis de l'ASACOHAM ; La description de l'organisation des services technique de l'ASACOHAM ainsi que l'évolution des recettes et dépenses de l'ASACOHAM et nous allons enfin déterminer le niveau de satisfaction des usages par rapport aux prestations des services de l'ASACOHAM.

Ces informations seront utiles au Ministère de la santé et de l'hygiène public pour planifier les services de santé ; c'est aussi des informations qui pourront aide l'ASACO pour améliorer la qualité de prestation des services offerte au profil de la population.

Le seul inconvénient serait le temps accordé pour l'interrogatoire qui ne prend généralement 10 à 15 min ; Les informations que vous nous fournissez sont strictement confidentielles. La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à nos questions.

Voici les numéros que vous pouvez appeler pour toutes informations sur l'étude.

Tel : 66782337 Dr DIAWARA Fatou

Tel : 66519915 Interne SACKO H

Acceptez-vous de participer à l'étude ?

Oui j'accepte /_/_/

Non je n'accepte pas/_/_/

Signature du participant _____

Signature de l'enquêteur _____

Puis je commencer l'entretien maintenant ?

1- Oui /_/_/

2- Non /_/_/

10.9. SERMENT D`HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!!!!