Revue Internationale DAMBE

Valorisation des Savoirs Endogènes et Promotion de la Recherche Scientifique

ISSN : 1987-1996

Volume 1_Numéro 1

Décembre 2024

Mutation Socio-économique, culturelle et environnementale en Afrique : Défis et enjeux.

Revue semestrielle multidimensionnelle du CERFDES

https://cerfdesconsulting.com/revue

Revue Internationale DAMBE

Valorisation des savoirs endogènes et promotion de la recherche scientifique.

PRESENTATION

La revue Internationale « Dambé » qui est un mot bambara signifiant la dignité, est une revue qui vise à promouvoir la recherche scientifique en mettant en valeur les savoirs endogènes en Afrique et ailleurs. C'est une revue semestrielle adossée au Centre d'études, de Recherche et de Formation sur les Dynamiques Économiques, Environnementales et Sociales (CERFDES). À l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an (Juin et Décembre).

Ayant un intérêt particulier pour les sciences sociales, elle reçoit des contributions de doctrine livrant des réflexions sur toutes les questions ou problématiques actuelles dans des domaines tels que, la géographie, l'économie, le droit, la santé et tout autre sujet concernant les sciences sociales, humaines et environnementales.

Les articles soumis à la revue Dambé sont évalués de façon rigoureuse par un comité scientifique et de lecture composés de chercheurs et d'enseignants-chercheurs de diverses nationalités et de spécialités variées. Tous les articles publiés restent accessibles librement par les auteurs ainsi que par les lecteurs sur le site de la revue, à l'exception des numéros spéciaux dont la publication est conjoncturelle, la revue publie deux numéros par an.

COMITE EDITORIAL

Président du Comité Scientifique

Pr Balla DIARRA, Professeur titulaire en Géographie, École Nationale d'Administration

Coordinateur Scientifique

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences en sociologie de la santé, INFTS

Rédacteur en Chef

Dr Idrissa DEMBELE, Maître assistant en droit, USJPB

Rédacteur en Chef Adjoint

Dr Adama Koné, Géographe, CERFDES

Coordonnateur des Rubriques Sciences de la Santé

Dr Abdoul Salam DIARRA, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali

Directeur de publication

Dr Malick TIMBINE, Maître assistant en Géographie, environnement et santé, ISH

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr Balla DIARRA, Géographie, Ecole Nationale d'Administration, Mali

Pr Flatie OUATTARA, philosophie, Université Joseph K. Zerbo, Burkina Faso

Pr Seydou MARIKO, Géographie, Ensup de Bamako, Mali

Pr Cheich Hamala TOURE, Professeur titulaire, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB), Mali

Pr Brema Ely DICKO, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Aboubacar Sidiki COULIBALY, littérature anglaise, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Pr Belco OUOLOGUEM, Philosophie, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Nouhoum TANDINA, Maitre de Conférences CAMES, USJPB

Dr Amadou TRAORE, Maître de conférences CAMES en sociologie, Université de Ségou.

Dr Fodié TANDJIGORA, Sociologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Boureima TOURE, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Seydou LOUA, Sciences de l'Education, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Abdoulaye GUINDO, Anthropologie médicale, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Kawélé TOGOLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Almamy SYLLA, Anthropologie, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Amadou BAMBA, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Baba COULIBALY, Géographie Maître de Conférences à l'ISH. Mali

Dr Aimé Assué YAO, Géographie, Maître de conférences CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte D'ivoire.

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Papa Fara DIALLO, Maitre de conférences en sciences politiques, Université Gaston Berger de saint Louis, Sénégal

Dr Boubacar dit Dédé TRAORE, Archéologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr N'Gna TRAORE, anthropologie, Maître de conférences à l'ISH.

Dr Issa DIALLO, Maitre de conférences en sociologie de la santé, INFTS.

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB.

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Allaye NIANGALY, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Abdoul SOGODOGO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Oumar Toumaly DIALLO, Maitre de conférences, USJPB

Dr Samba SOGOBA, Maître de Conférences, USJPB

Dr Yamadou CAMARA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Ahmed SAMAKE, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Fousseyni DOUMBIA, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Sounko SISSOKO, Maitre de Conférences, Université de Ségou

Dr Lamine SANDY, Sociologie, Maitre de recherche, INFTS, Mali

COMITE DE LECTURE

Dr Bazoumana DIARRASSOUBA, Géographie, Maître de conférences, CAMES, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Dr Arouna DEMBELE, Géographie, Maître de conférences, USSGB Mali

Dr Issa DIALLO, Maître de conférences des Universités du CAMES en sociologie de la santé, INFTS

Dr Souleymane KEITA, Maître de conférences, philosophe, USLHB.

Dr Moctar SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de conférences, sciences de l'éducation, USLHB

Dr Tuo PEGA, Géographie de la santé, Maître de conférences CAMES, Université Félix Houphouët Boigny.

Dr Ibrahima TRAORE, Sciences de l'Éducation, Maitre de conférences CAMES, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako (ULSHB), Mali

Dr Mory DIALLO, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Mariam SIDIBE, Maitre-assistant CAMES, Maitre de Conférences, USJPB

Dr Yacouba TENGUERI, Maître-assistant CAMES Sociologie, Université de Dédougou, Burkina Faso.

Dr Amadou BAMBA, Maitre-assistant CAMES, Maître de conférences en Économie, USSGB, Mali

Dr Yéo LANZENI, Maître-assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

Dr Mesmer Luther GUEUYOU, Centre d'études de droit international de l'université Paris Ouest, Enseignant chercheur à l'université de Nantes.

Dr Solim ALEKA, Docteur en Droit public, Ministère de la Santé du TOGO.

Dr Hamidou NAPARE, Sciences de l'éducation, Chargé de Recherches à l'INFSS.

Dr Bakaye TOGOLA, Anglais, études africaines et postcoloniales, UCAD

Dr Issa TOGOLA, Maître assistant en Géographie, Institut de sciences humaines, Bamako.

Dr Soufiana Souleymane MAIGA, didactique des langues université de touba Arabe.

Dr Drissa TRAORE, Maître assistant CAMES, Université de Daloa, RCI.

Dr Tiecoura Hamed COULIBALY, Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

Dr Siaka DOUMBIA, Maître assistant en Géographie, Université de Ségou.

Dr Francis Birama Daba SARR, philosophe, Université cheikh Anta Diop de Dakar.

Dr Falingué KEITA, Économie, USSGB.

Dr Harouna BAGAYOKO, Géographie, USSGB.

Dr Adama KONÉ, Géographie, Université de gestion et de développement durable de Bamako.

Dr Amadou SOW, Droit, Centre d'Etudes, de Recherche et de Prospective en Afrique – CERPA (Mali).

Dr Ibrahima BAMBA, Droit, Institut de pédagogie universitaire de Bamako (IPU)

Dr Lassine DIARRA, Maître-Assistant USJPB.

Dr Adama KONE, Géologie, Maître-Assistant à la FST

Dr Issa OUATTARA, Maître assistant en Géographie, INFTS de Bamako.

Dr Oumar DEMBELE, Géographie, point SUD.

Dr Oumar KONÉ, philosophie, USLHB.

Dr Abdou Bougoury TRAORE, Économie de l'environnement, USSGB.

Dr Lassina TOGOLA, logisticien, USSGB.

Dr Ousmane DOUMBIA, Marketing communication, USSGB.

Dr Toumani KANTE, sciences agronomiques, IER.

Dr Youssouf GUINDO, Géographie de l'environnement, ENSUP.

Dr YAO Koffi Bertrand, Maître assistant CAMES en Géographie, Université Félix Houphouet Boigny d'Abidjan.

Dr Abdoulaye MAIGA, Économie politique, USSGB.

Dr Abdoul wahab Issiaka MAIGA, Administration Éducative et planification. Université privée Attaoune (UPA), BAMAKO

Dr Ousmane Famagan KONATE, Droit public.

Dr Malick TIMBINE, Géographie, environnement et Santé, Maître-Assistant à l'ISH.

Dr Moussa FOFANA, anthropologie de la santé, Maître-Assistant à L'ISH.

Dr Lala Aïché TRAORE, Lettre Moderne, Maître- Assistant à l'ISH.

Dr Yaya SIDIBE, Économie, Maître Assistant à l'USSGB.

Dr Mamoutou BERTHE, Philosophie à l'ENSup.

Dr Abdoulaye N'Tigui KONARE, économiste, Maître- Assistant à l'USSGB.

Dr Boubacar KONATE, Maître-Assistant à l'INFTS.

Dr Ousmane SY, Maître de recherche, Epidémiologiste, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Bamako, Mali.

Dr Abdoul Salam Diarra, Maître assistant en Santé Publique, CNRST, Bamako, Mali.

Dr Idrissa DEMBELE, droit, Maitre-Assistant, USJPB

Dr Bengaly GUINDO, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Sory Ibrahim Maiga, Science politique, Maitre-Assistant USJPB

Dr Mohamed BERTHE, droit Maitre-Assistant, École supérieur de journalisme et des sciences de la communication, Bamako

Dr Seydou MALLET, droit, USJPB

Dr Oumar CAMARA, droit, Maitre-Assistant en droit USJPB

Dr Bakary KONE, Maitre-Assistant à l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako.

Dr Lamine Boua COULIBALY, Géographie, Maitre-Assistant à l'Université de Ségou.

Dr Soumaila COULIBALY, Psychologie, Enseignant chercheur à l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako.

Dr Seydou Soungalo COULIBALY, Sciences de l'éducation, à l'IPU de Bamako.

Dr Ibrahim Amara DIALLO, Philosophie politique et morale, ULSHB.

Dr Ibrahim KONE, relations internationales, FSAP, Bamako

Dr Moïse Jean, Docteur en droit public à l'Université de Nanterre, Chercheur postdoctoral à l'Université de Genève.

SOMMAIRE

PARTIE 1 : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
LA TURQUIE A L'EPREUVE DU MULTICULTURALISME : LE VECU DES COUPLES AFRO-TURCS DANS LA VILLE D'ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT DES SYSTEMES D'ELEVAGE SUR LA TRANSFORMATION DES PAYSAGES DANS LA REGION DE GBÊKÊ (CENTRE DE LA CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION DES ORGANISATIONS PAYSANNES A L'EMERGENCE DU SECTEUR AGRICOLE EST-KASAÏN : QUELS MECANISMES POUR SON EFFECTIVITE ?..... 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESSIBILITE EN EAU ET VULNERABILITES DES POPULATIONS RURALES DANS LE DEPARTEMENT DE DABAKALA (CENTRE NORD DE LA COTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION DES ENSEIGNEMENTS DE LANGUE A L'EDUCATION A LA CITOYENNETE : L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS AU PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE AU TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
L'ECOLE DANS LES ZONES INDUSTRIALO-PORTUAIRES ET COMMERCIALES A ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
LA MÉDECINE GÉNOMIQUE À L'ÉPREUVE DE LA RÉFLEXION PHILOSOPHIQUE : VERS UNE RÉVOLUTION CONCEPTUELLE DE LA SANTÉ 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION DES AINES ET MALTRAITANCE INTRAFRATERNELLE DANS LES FAMILLES MONOPARENTALES MATRICENTRIQUES : CAS DU DISTRICT D'ABIDJAN 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES DECHETS SOLIDES EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)..... 155
Safiatou DIALLO
EXCISION EN GUINEE : QUAND LES TRADITIONS CULTURELLES FREINENT L'ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES IMMIGRANTES SERVEUSES DANS LES DEBITS DE BOISSONS A OUAGADOUGOU..... 185
Chéhibou COULIBALY
FONCTIONS SOCIOCULTURELLES DU *KANCIINRI* CHEZ LES SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
INONDATIONS DANS LES QUARTIERS PERIURBAINS DE BAMAKO : STRATEGIES D'ADAPTATIONS DES POPULATIONS RIVERAINES DE KALABANCORO..... 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS : CONTRASTES DES OFFRES MEDICALES A YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRATIQUE DES ACTIVITES DE MARAICHAGE DANS LA VILLE DE SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISME DANS LES ECOLES AMERICAINES : UN FACTEUR DE GRANDEUR DE L'HOMME AMERICAIN ET DE DEVELOPPEMENT DE L'AMERIQUE 279
CISSE Abdoulaye
LA CRISE SOCIO SECURITAIRE ET L'EDUCATION DANS LE NORD ET LE CENTRE DU MALI..... 291
Aminata B SANGARE

INSTRUMENT DE MUSIQUE TRADITIONNELLE EN VOIE DE DISPARITION : CAS DU FLENKOLO BALANI, COMMUNE DE KASSARO, REGION DE KITA 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
DEPENSES SANITAIRES EFFECTUEES PAR LES USAGERS DANS L'AIRE DE SANTE DU CSREF DE KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
ETUDE ET DIMENSIONNEMENT D'UNE MINI CENTRALE SOLAIRE PHOTOVOLTAÏQUE : CAS DU COMPLEXE HOSPITALIER DE LUOZI 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
LA GEOGRAPHIE DES MASQUES AU PAYS DOGON ET LEUR ROLE DANS LE VIVRE ENSEMBLE AU MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
ANALYSE SOCIO CULTURELLE DES MONUMENTS DU DISTRICT DE BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
TEST STATISTIQUE DE LIAISON ENTRE LA PAUVRETE ET LA SANTE DE L'ENFANT AU MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTION DES POPULATIONS ET INTERACTION DES ACTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE : CAS DU CSCOM DE SOGONIKO EN COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE : CAS DU CSREF DE KALABANKORO 436

PARTIE 2: SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

Dr Tiécoro DIARRA
L'EXPRESSION DU POUVOIR REGLEMENTAIRE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES 455
KOAMA Hamidou
L'ANIMATION DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE DE FINANCES PUBLIQUES AU MALI 488

TABLE OF CONTENT

PART 1 : HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

Dr. DIANE Sidi Boubacar
TURKEY FACING THE CHALLENGE OF MULTICULTURALISM: THE EXPERIENCE OF AFRO-TURKISH COUPLES IN THE CITY OF ISTANBUL 1
Dosselimingnon Benoit SORO, Mathieu Jonasse AFFRO, Nambégué SORO
IMPACT OF LIVESTOCK SYSTEMS ON LANDSCAPE TRANSFORMATION IN THE GBÊKÊ REGION (CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 20
NKONGOLO KAAJILA Dieudonné
PARTICIPATION OF FARMERS' ORGANISATIONS IN THE EMERGENCE OF THE AGRICULTURAL SECTOR IN EAST KASAÏN: WHAT MECHANISMS ARE NEEDED TO ENSURE ITS EFFECTIVENESS? 42
KARIDIOULA Logbon, COULIBALY Moussa, KOFFI Brou Emile
ACCESS TO WATER AND VULNERABILITIES OF RURAL POPULATIONS IN THE DEPARTMENT OF DABAKALA (NORTH CENTRAL CÔTE D'IVOIRE) 68
DOVI Komi François, LODONOU Kossi
CONTRIBUTION OF LANGUAGE TEACHING TO CITIZENSHIP EDUCATION: TEACHING ENGLISH IN JUNIOR SECONDARY SCHOOL IN TOGO 85
KANATE Mohamed, DIOMANDE Yaké Raymond, KONE Issiaka
SCHOOLS IN THE INDUSTRIAL, PORT AND COMMERCIAL AREAS OF ABIDJAN 108
Arounan OUÉDRAOGO
GENOMIC MEDICINE PUT TO THE TEST OF PHILOSOPHICAL REFLECTION: TOWARDS A CONCEPTUAL REVOLUTION IN HEALTHCARE 126
Dr KOUAME BI GOORE Roland
PARENTIFICATION OF ELDERLY PEOPLE AND INTRA-FRATERNAL ABUSE IN MATRICENTRIC SINGLE-PARENT FAMILIES: THE CASE OF THE ABIDJAN

DISTRICT 139
Harouna KONATE, Koiworo COULIBALY
SOLID WASTE MANAGEMENT ISSUES IN COMMUNE V OF THE DISTRICT OF BAMAKO (MALI) 155
Safiatou DIALLO
FEMALE GENITAL MUTILATION IN GUINEA: WHEN CULTURAL TRADITIONS HINDER ABOLITION 171
Issa NIAMBA, Siaka OUATTARA
SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PROFESSIONAL CHARACTERISTICS OF IMMIGRANT WAITRESSES IN DRINKING ESTABLISHMENTS IN OUAGADOUGOU 185
Chéhibou COULIBALY
SOCIOCULTURAL FUNCTIONS OF THE KANCIINRI AMONG THE SENOUFOS 201
Dr Oumar DEMBELE, Dr Adama KONE, Dr Lamine Boua COULIBALY, Mounérou DJIRE
FLOODING IN THE PERI-URBAN NEIGHBOURHOODS OF BAMAKO: ADAPTATION STRATEGIES OF THE REVERSIDE POPULATIONS IN KALABANCORO 220
Bréhima Chaka TRAORE, Oumarou AROU
TREATMENT OF MALARIA IN PREGNANT WOMEN AND CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE: CONTRASTS IN MEDICAL SERVICES IN YIRIMADIO (BAMAKO) 246
Mahamadou CISSE, Tenemaka SANOGO, Bakary DAGNO, Ibrahima DEMBELE
PRACTISING MARKET GARDENING IN THE CITY OF SEGOU 262
Dr. Zakaria Coulibaly
PATRIOTISM IN AMERICAN SCHOOLS: A FACTOR IN THE GREATNESS OF THE AMERICAN PEOPLE AND THE DEVELOPMENT OF AMERICA 279
CISSE Abdoulaye
THE SOCIO-SECURITY CRISIS AND EDUCATION IN NORTHERN AND CENTRAL MALI 291
Aminata B SANGARE
TRADITIONAL MUSICAL INSTRUMENT IN DANGER OF DISAPPEARING: THE CASE OF THE FLENKOLO BALANI IN THE COMMUNE OF KASSARO, KITA REGION 307
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH EXPENDITURE BY USERS IN THE CSREF OF KALABANCORO 324
MFUEBO PHILLIPE MABETO KIBENI
STUDY AND DESIGN OF A MINI PHOTOVOLTAIC SOLAR POWER PLANT: THE CASE OF THE LUOZI HOSPITAL COMPLEX 338
Ali TIMBINE, Yacouba LOUGUE, Malick TIMBINE
THE GEOGRAPHY OF MASKS IN THE DOGON COUNTRY AND THEIR ROLE IN COMMUNITY LIFE IN MALI 366
Drissa KONE, Adama KONE
SOCIO-CULTURAL ANALYSIS OF MONUMENTS IN THE DISTRICT OF BAMAKO 382
Dr. Bassy KANOUTE
STATISTICAL TEST OF THE LINK BETWEEN POVERTY AND CHILD HEALTH IN MALI 402
Lassina BERTHE, Dr Malick TIMBINE, Daouda KASSOGUE
PERCEPTIONS OF THE POPULATION AND STAKEHOLDER INTERACTION IN HEALTHCARE DELIVERY: A CASE STUDY OF THE SOGONIKO COMMUNITY HEALTH CENTER, COMMUNE VI OF THE BAMAKO DISTRICT 420
M. Mahamadou SOGOBA, Dr Lassina BERTHE, Pr Samba DIOP
HEALTH CENTER OPERATIONS: THE CASE OF THE KALABANKORO REFERENCE HEALTH CENTER 436

PART 2: LEGAL AND POLITICAL SCIENCES

Dr Tiécoro DIARRA
THE EXPRESSION OF LOCAL GOVERNMENT REGULATORY POWERS 455
KOAMA Hamidou
ENHANCING PARLIAMENTARY OVERSIGHT OF PUBLIC FINANCES IN MALI 488

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE : CAS DU CSREF DE KALABANKORO

HEALTH CENTER OPERATIONS: THE CASE OF THE KALABANKORO REFERENCE HEALTH CENTER

M. Mahamadou SOGOBA
Doctorant I.P.U. - Inspection de la Santé - Bamako - Mali
Email: sogobams@yahoo.fr
Dr Lassina BERTHE
Docteur en sociologie de la santé
Email : lassinaberthe5@gmail.com
Pr Samba DIOP
Professeur Titulaire à l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
USTTB / FMOS
Email : saibdiop@gmail.com

Résumé

La présente étude est de type descriptif et quantitatif. Elle s'est penchée sur le fonctionnement et l'analyse des prestations. Elle explique comment les malades sont traités au CSRéf. La méthode utilisée repose exclusivement sur l'approche quantitative. La collecte des données s'est effectuée à travers l'observation directe sur terrain, parfois même l'observation participante. La méthode d'échantillonnage par commodité ou méthode non probabiliste a été utilisée. Nous avons enquêté 105 usagers du CSRef pour mieux comprendre les contours du fonctionnement et les prestations du CSRéf de Kalabankoro.

Aux termes de cette étude, les résultats révèlent que le CSRéf de Kalabancoro fonctionne bien même si parfois il y a des petits dysfonctionnements qui n'ont pas d'impact sur le travail des agents. Nous avons trouvé que 99 % des usagers estiment qu'ils ont reçu les soins comme prévus par le prestataire au CSRef et ils ne se plaignent pas.

Mots clefs : Fonctionnement ; Centre ; Santé ; CSRéf, Kalabancoro.

Abstract:

This study is descriptive and quantitative. She looked at the operation and analysis of the services. In other words, it explains how patients are treated at the CSRéf. The method used is based exclusively on the quantitative approach. Data collection was carried out through administered questionnaires and direct observation in the field, sometimes even participant observation. We surveyed 105 respondents to better understand the functioning and services of the Kalabankoro CSRef.

According to this study, the results reveal that the Kalabancoro CSRef works well even if sometimes there are small malfunctions which have no impact on the work of the agents. We have 99% of users believe that they received the care as planned by the CSRef provider and they do not complain.

Keywords: Operation; Center; Health; CSRef, Kalabancoro.

Introduction

L'objectif du processus de reconnaissance est d'assurer une prise en charge appropriée dans tous les domaines. Lorsque des lacunes existent, il est judicieux de conclure des accords ou de mettre en place des projets pour assurer une bonne prise en charge. Lors de l'évaluation des dossiers et des décisions de reconnaissance, Kosek tiendra compte de cette perspective de la prise charge **(KOSEK, 2020).** Le système de référence est la procédure par laquelle on évacue un malade d'un centre de santé inférieur à un autre centre doté de matériel et de personnel plus qualifiés. Ce système existe depuis toujours en santé publique mais éprouve tout de même quelques difficultés. En revanche, le système de contre référence est plus ressent ; il envoie le malade vers son traitant d'origine dans le but dans le but d'assurer un suivi du patient. Ce second volet du système est clairement problématique. Il semble un peu ancré dans la culture professionnelle des prestataires et presque insignifiant pour les malades **(ISABELLE, 2011).** Si le système sanitaire ne s'applique pas comme prévu c'est parce qu'il n'a toujours pris en compte les représentations que les villageois peuvent détenir face aux structures sanitaires modernes. Mais surtout, il faut tenir compte de la culture dans laquelle vit le personnel soignant tant en périphérie que dans les centres de santé de référence. Les prestataires doivent faire face à beaucoup de contraintes pour mener à bien leur

travail comme ils le voudraient. Le système de référence et contre référence n'a clairement pas été conçu en prenant en compte des contraintes économiques, sociales géographiques, etc.

La politique sectorielle de santé du Mali s'est bâtie sur une structure pyramidale dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCom), le second est le centre de santé de Référence (CSRef), le troisième et quatrième niveau est l'hôpital régional **(DOUMBIA, 1996).** Les soins de santé de première ligne sont à la base du système de santé au Mali. Afin d'appuyer le ministère de la santé et de l'hygiène publique dans l'amélioration de l'offre et de service essentiels de qualité au Malien, le gouvernement du Canada a investi dans la mise en œuvre d'une initiative novatrice, l'implantation à Bamako et dans quatre régions de centres de santé.

En somme, avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration de services basés sur la stratégie des soins santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé.

L'application au niveau de l'hôpital des concepts et des méthodes utilisées en épidémiologie définit l'épidémiologie hospitalière. Cette activité, développée le plus souvent dans un cadre administratif, attribue à la connaissance générale, la planification, l'organisation et le financement des soins, la surveillance épidémiologique, l'évacuation et la recherche. Les statistiques de morbidité mettent en relief le manque à gagner pour la collectivité. La connaissance de ce paramètre permet de décrire la situation sanitaire d'une population **(KONE, 2011).** Les quelques rares données qui existent ne concernent, le plus souvent, que le sommet des pyramides sanitaire. Les centres de santé de référence (CSRéf) bien qu'étant un maillon essentiel dans le système de santé n'ont guère fait l'objet d'étude sur le plan sanitaire.

A partir des arrêtés ministériels qui organisent la création des CSCom, l'Etat a commencé à transférer la gestion des services de santé primaires aux associations de santé communautaire(ASACO). Ce phénomène est allé relativement vite. Ainsi, les CSComs se sont dès lors considérablement accrus. L'évolution du nombre de CSCom et leur répartition par région sont données dans les graphiques N°1 N°2 à partir des statistiques de la Direction Nationale de la santé au Mali, des Division CSCom dans les créations des aires de santé région et par an, l'extension de la couverture sanitaire **(DJENEPO, 2003).**

La PSSP au Mali préconise une décentralisation du système de santé avec une participation active des communautés dans la gestion et le financement. Pour cela, elle met l'accent sur la promotion des soins de santé primaires. L'objectif majeur de cette politique est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En effet, le taux de mortalité est anormalement élevé comme le révèle l'EDS (577/100 000) et moins de 40% des naissances sont prises en charge par des personnels qualifiés. Face à cette situation, les autorités sanitaires du pays ont mis en place un système de référence/ évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux, en prenant en compte les aspects technique, organisationnel, de communication, de logistique et financier pour faciliter l'accès aux soins des populations. La mise en œuvre de ce système permettra d'améliorer la couverture des besoins obstétricaux **(SANKARE, 2021).** La mesure de satisfaction des patients des structures de santé est une exigence au Mali depuis l'année 2002 à travers la loi d'orientation de la santé et la loi hospitalière du Mali. Cela fut repris plus tard en 2010 par l'ANEH (l'Agence Nationale d'évaluation des Hôpitaux). Aussi, l'article 9 de ce décret N°02/311 PRM du 04 juin 2002 stipule que la valeur indiciaire des actes médicaux est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition des organes délibérants des établissements publics de santé. A ce jour, cet arrêté n'a pas été adopté. En outre, une étude réalisée en novembre 2005 par le centre d'études et de recherches sur le développement international (CERDI) de l'Université d'Auvergne – Clermont Ferrand, France à la demande de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) a permis de connaître les coûts de quelques actes médicaux réalisés dans les hôpitaux du Point G et de Nianankoro FOMBA de Ségou. Mais force est de constater que cette étude n'a été que partielle car ne portait pas sur l'ensemble des prestations réalisées dans ces hôpitaux.

Le But de notre étude est de comprendre le mode de fonctionnement, évaluer les prestations sanitaires de l'aire de santé du CSRef de Kalabancoro pour la période allant de Janvier à Décembre 2021. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, il est demandé une contribution financière aux usagers des services de santé. Les tarifs des prestations ont été fixés par le pouvoir central sans tenir compte des aspects économiques de l'offre et de la demande. Les usagers trouvent trop élevés les montants qu'on leur demande de payer ; par contre, les professionnels de santé trouvent ces tarifs dérisoires.

Il s'avère donc nécessaire de réaliser une étude afin d'orienter les décideurs pour la détermination des prestations pour tous les actes médicaux pouvant faire l'objet de tarification.

Dans le contexte actuel du Mali, il est indispensable que les décideurs, les tiers payants, les professionnels de la santé et les usagers sachent ce que coûte chaque prestation.

Afin de permettre aux CSRef de mener à bien leur mission de couverture en soins de santé, et avec le souci croissant d'apporter une réponse à l'amélioration de leur viabilité financière, nous nous sommes proposé d'étudier les coûts et les dépenses sanitaires du CSRef de la commune de Kalabancoro en formulant les interrogations suivantes :

- ✓ Quels sont les modes fonctionnement et des prestations au CSRef ?
- ✓ Quelles sont les perceptions des usagers sur le CSRef de kalabancoro ?
- ✓ Quels sont les tarifs appliqués au CSRef dans le cadre de la mise en œuvre du système de tiers payant ?
- ✓ Les activités du CSRef peuvent-elles se pérenniser avec ce niveau des tarifs appliqués en absence de subvention de l'Etat et ou des partenaires ?
- ✓ Quel est le niveau de la subvention à allouer pour équilibrer les comptes du CSRef ?

Cette étude vise à apporter des réponses à ces différentes préoccupations.

- ➢ **Méthodologie**

Cette étude porte sur le fonctionnement des centres de santé et les prestations notamment le CSRef de Kalabankoro. Au regard de l'objectif assigné, la méthode utilisée a été exclusivement quantitative.

1.1 Technique d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage par commodité ou méthode non probabiliste a été utilisée. Un questionnaire a été administré auprès d'un échantillon de 105 usagers. Nous avons fait une analyse documentaire, des entretiens semi- ouverts avec les agents, une analyse

qualitative à travers des focus groups, l'observation non participative et une enquête auprès des usagers.

Par rapport aux outils et à la collecte des données, ils ont été réalisée à partir de questionnaires adressé aux usagers du CSRef. L'interview a été réalisée en langue nationale Bamanan en vue de faciliter la compréhension des questions posées. Les usagers ont été soit interrogé dans la cour ou à la sortie de l'établissement afin de recueillir leur impression. Pour ce faire, l'enquêteur s'est posté à une certaine distance du service de l'établissement ou à sa sortie en vue de préserver la confidentialité de l'entretien. L'information a été donnée sur l'étude en insistant sur son caractère confidentiel. Le consentement de l'usager a été ensuite demandé avant de lui soumettre le questionnaire.

Les observations directes ont été utilisées, à ce niveau, on les regardait, comment les scènes des soins se déroulaient, comment les usagers sont accueillis au centre.

Enfin l'observation participante a été aussi menée, qui permettait de faire les interactions. Là, on se présentait comme un soignant, puis on les demandait sur les prestations. Cette méthode nous a permis d'être plus proche de nos enquêtés. Cela nous a permis de savoir beaucoup le fonctionnement des centres de santé et de comprendre le déroulement des prestations en ses détails.

Pour des raisons éthiques, nous avons pris le soin de garder l'anonymat des enquêtés en attribuant à chacun un numéro d'identification. Les initiales des noms sont suivies des numéros et du nom de la localité. Ainsi, la lettre S est retenue pour les soignants, et M signifie les malades.

1.2 Traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été assisté par l'ordinateur. Nous avons utilisé les logiciels de traitement de texte MS - Word 2000, le tableur MS–Excel 2000 pour Windows 98 pour les calculs et le logiciel ''Enketo Express For Kobo Toolbox'' pour le traitement statistique des données.

- **Présentation du cadre d'étude**

- **Caractéristiques géographiques :** Le District Sanitaire de Kalaban-Coro couvre une superficie de 2 425 km^2. Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et limité :
  - Au Nord par le district sanitaire de Kati et la Commune V de Bamako
  - Au Sud par le district sanitaire d'Ouéléssébougou ;
  - A l'Est par le Commune VI et les DS de Koulikoro et Fana
  - A l'Ouest par le fleuve Niger, la commune IV et le District Sanitaire de Kati.

Le district sanitaire de Kalaban – Coro compte 5 communes (Baguinéda, Kalaban Coro, Mountougoula, N'Gouraba et Sanankoroba) toutes rurales qui regroupent 118 villages.

Figure I : Carte sanitaire du district sanitaire de Kalaban-Coro

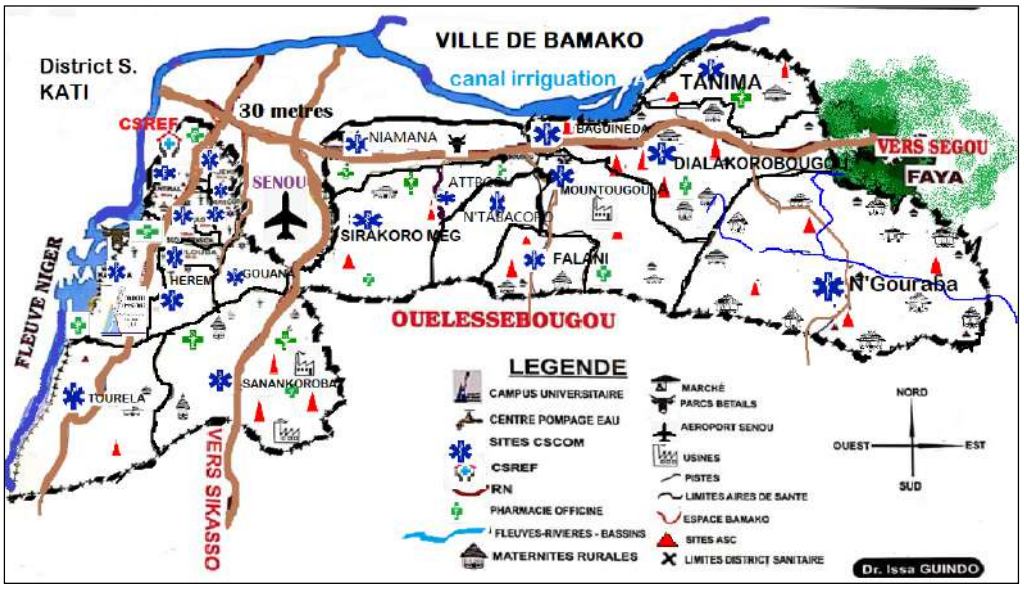


Figure I : Carte sanitaire du district sanitaire de Kalaban-Coro

- **Présentation des résultats**

Les prestations cliniques comprennent la prise en charge initiale et le suivi des patients atteints d'une maladie chronique rare particulière ou les patients dans un groupe de maladies spécifique. Les centres de santé de référence organisent la prise en charge avec différents prestataires du

réseau. Les patents sont orientés directement vers les centres de référence ou suite à la pose d'un diagnostic dans le centre pour les maladies rares.

3.1 Prestation citées par les patients

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, disposant des soins de premier recours et le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, au domicile du patient.

Tableau 1 : Prestations citées par les patients

Prestations citées	Nombre	Pourcentage
1. Aucune prestation citée	68	65%
2. Accouchement	2	2%
3. Césarienne	5	5%
4. Consultation médicale	8	8%
5. Echographie	3	3%
6. Extraction de corps étranger bronchique	1	1%
7. Extraction dentaire	1	1%
8. Hospitalisation	1	1%
9. Injection	1	1%
10. Intervention chirurgicale	6	6%
11. Pansement	1	1%
12. Perfusion	5	5%
13. Suture	1	1%
14. Transfusion sanguine	2	2%
TOTAL	105	100%

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau il, il ressort que les 65% des usagers enquêtés n'ont pu citer aucune prestation effectuée au CSRef. 8 % des enquêtés évoquent des consultation générale et 6% intervention chirurgicale.

- **Avis des usagers sur le prix des médicaments**

Les usagers ont des avis différents sur le prix des médicaments. Le tableau 2 nous donne des indications sur l'avis des usagers.

Tableau **2 :** Avis des usagers sur le prix des médicaments

Prix des médicaments	**Nombre**	**Pourcentage**
Abordable	59	56 %
Non abordable	46	44 %
TOTAL	**105**	**100 %**

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 56 % des usagers enquêtés estiment que les prix des médicaments sont abordables. Contrairement, à ce pourcentage, nous avons 44% des répondants qui disent que ce n'est pas abordable.

Les prestataires de service des différents groupes de maladies devaient toutefois décider entre eux s'il est nécessaire de mettre place des services d'urgence spéciaux et une couverture 24 heures sur 24 et, s'il est nécessaire (définir conjointement) l'itinéraire clinique de la patiente en cas d'urgence de nuit (KOSEK, 2020).

- **Temps de séjour des patients au CSRef**

Le tableau 3 nous donne des indications sur le temps de séjour des patients au CSRef.

Tableau 3 : Temps de séjour des patients au CSRef pour les soins

Temps de séjour des patients au CSRef (en jour)	**Nombre de patients**	**Pourcentage**
0	49	47%
1	21	20%
2	17	16%
3	8	8%
4	5	5%

Temps de séjour des patients au CSRef (en jour)	Nombre de patients	Pourcentage
5	3	3%
6	2	2%
Total	**105**	**100%**

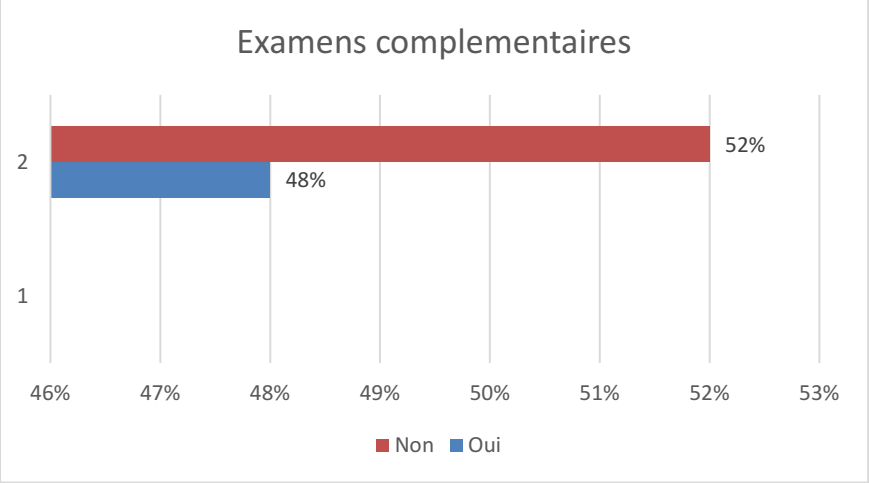
Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 47 % des patients ont passé moins d'une journée au CSRef et 20 % ont passé une journée. Les centres de référence veillent généralement à ce que les malades aient accès à des offres de soutien concrètes : par exemple, soutien spécifique à la maladie, des services psychosociaux et possibilités d'hébergement pour la nuit, pour les parents d'enfants hospitalisés ou pour les accompagnants.

3.4 Réalisation d'examens complémentaires par les patients

La figure 2 nous donne des indications sur les examens complémentaires des patients.

Figure 2 : Réalisation d'examens complémentaires par les patients



Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, 52% des répondants n'ont pas fait l'objet d'examens complémentaires contre 48% qui l'ont fait. En médecine, les examens complémentaires ou examens para cliniques sont les examens qui se font en instrument (à part le stéthoscope) et qui en général ne se font pas durant la consultation.

3.5 Avis des usagers sur les soins au CSRef

Tableau 4 : Avis des usagers sur les soins au CSRef

Avez-vous reçu les soins comme prévus par le prestataire	Nombre	Pourcentage
Oui	104	99 %
Non	1	1 %
TOTAL	105	100 %

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 99 % des usagers estiment qu'ils ont reçu les soins comme prévus par le prestataire au CSRef et ils ne se plaignent pas. Ainsi, nous pouvons affirmer que la majorité des répondants reçoivent les soins comme prévu par le prestataire.

3.6 Types de soins reçus

Le tableau 5 nous indique le type de soin reçus par les patients.

Tableau 5 : Types de soins reçus

Types de soins reçus	Nombre	Pourcentage
Injection IM et IV	18	17,14 %
Pansement et Suture	11	10,48 %
Perfusion	53	50,48 %
Transfusion	2	1,90 %
Autres types de soins	21	20,00 %

TOTAL	105	100 %

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 50,48 % des usagers affirment avoir reçu une perfusion comme soins au CSRef. Plusieurs usagers des propos des sur les soins de prestations dénotent que le passage de la clinique à la prescription sans communication didactique renforce sentiment de vulnérabilité et peut conditionner la sensation d'être abusés ou poussés à des dépenses (Yasané, 2018).

3.7 Avis des usagers sur la ventilation des salles de soins

Le tableau 6 nous donne l'avis des usagers sur la commodité des salles.

Tableau 6 : Avis des usagers sur la ventilation des salles de soins

Salle de soins occupée bien Ventilée	**Nombre**	**Pourcentage**
OUI	104	99,05 %
NON	1	0,95 %
TOTAL	105	100 %

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 99,05 % des usagers estiment que les salles de soins du CSRef sont bien ventilées. Alors, on peut ainsi dire que les salles de soins sont bien ventilées permettant aux d'avoir un bon tempérament.

3.8 Avis sur le retour au CSCRef en cas de besoin

Tableau 7 : Avis des usagers sur l'acceptation de retourner au CSCRef au besoin

Accepte de retourner au CSCRef au besoin	**Nombre**	**Pourcentage**
OUI	92	87,62 %

NON	13	12,38 %
TOTAL	105	100 %

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que les 87,62 % des usagers estiment qu'ils accepteront retourner au CSRef pour d'autres soins contre 12,38%. De ce fait, cela dénote que la majorité des répondants confirme d'accepter de retourner au CSRéf en cas de besoin.

3.8 Avis sur l'éclairage des salles

Tableau 8 : Avis des usagers sur l'éclairage des salles de soins

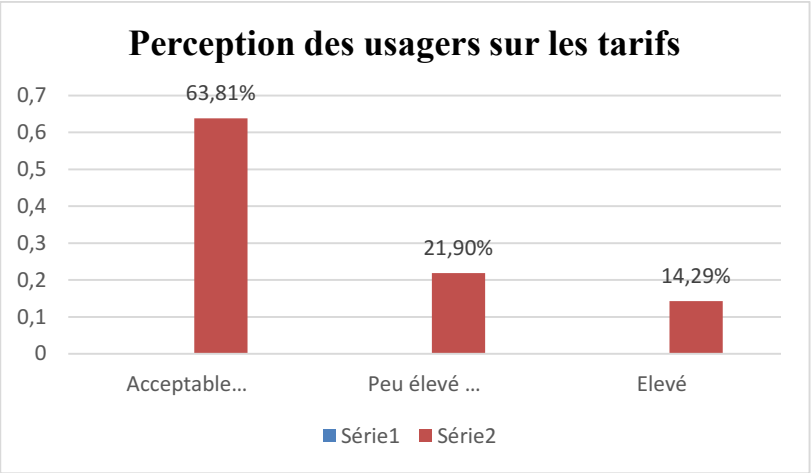
Salle de soins bien éclairée	Nombre	Pourcentage
OUI	105	100 %
NON	0	0 %
TOTAL	105	100 %

Source : Enquête de terrain, 2021

Dans ce tableau, il ressort que l'ensemble (100%) des usagers estime que les salles de soins du CSRef sont bien éclairées. Nous retenons que tous ces enquêtés sont unanime que les salles de soins sont bien éclairées. Même en cas de coupures électriques, il y a des panneaux solaires ou les groupes électrogènes pour électrifier les salles de soins.

3.10 Perception des usagers sur les tarifs des prestations

Figure 3 : Perception des usagers sur les tarifs des prestations



Source : Enquête de terrain, 2021

Dans cette figure, il ressort que plus de la moitié (63,81 %) des usagers estiment que le niveau des tarifs est acceptable. Les 21,9% trouvent peu élevé et les 14, 29% très élevé. En effet pour d'autres, la qualité des prestations ouvertes les structures sanitaires principalement les premiers abords à savoir l'accueil et le temps d'attente » « croisé » « au motif de visite » ont été les points de critiques des usagers entretenus.

Discussions

Cette étude a porté sur l'analyse du fonctionnement des centres de santé et des prestations en s'appuyant particulièrement sur le cas du centre de référence de Kalabancoro. La survie d'un CSRef dépend d'une part de sa capacité d'autofinancement, elle-même fonction du niveau de recouvrement des coûts et d'autre part de la politique de subvention en place. En effet, en rapportant le niveau des recettes au niveau des dépenses effectuées, nous obtenons le taux de recouvrement des coûts. Lorsque pour un CSRef ce taux est inférieur à 1, cela menace la survie ou la pérennité de la structure et remet en cause la réussite de la stratégie des SSP et l'atteinte de l'objectif d'autofinancement préconisé par la politique sectorielle de santé et de population du Mali. La viabilité du fonctionnement d'un établissement de santé de façon générale est liée à plusieurs facteurs parmi lesquels nous pouvons citer: l'accueil, le coût de réalisation du centre; le partage des informations; la qualité des soins, la compétence technique et la moralité du personnel; l'efficacité des soins; la fréquentation du centre de santé; l'accueil réservé aux malades par le

personnel; l'accessibilité financière et géographique aux soins et la situation économique, épidémiologique, culturelle, démographique et organisationnelle des aires de santé etc. Ainsi, pour **(DIAKITE B, 2013)** le fonctionnement d'un centre santé est un sujet de grande préoccupation en Afrique. Son histoire a été rythmée par les réponses que les autorités sanitaires ont continuellement apportées aux conjonctures socio-économiques, sanitaires et politiques qui se sont succédé. **AKIN, 1987** de son coté, trouve dans ses résultats que « Peu de pays ont réussi efficacement à faire face à cette situation et à offrir à leurs populations un niveau de santé adéquat. On a assisté à une importante baisse du budget des Etats alloués au secteur de santé. Cette situation a conduit, de façon générale en Afrique, à une dégradation des systèmes de santé, à une ruine des infrastructures et un désarroi du personnel de santé. A cela, il faut ajouter la dégradation de la santé des groupes vulnérables que sont la mère et l'enfant.

Quant à Carrin 1992, c'est à partir des années 70, on assiste à une dégradation de la situation socio-économique des pays due notamment à l'effondrement du cours des matières premières. Ce qui a eu pour conséquences l'affectation des remboursements des créances et le scepticisme des bailleurs de fonds quant aux capacités des pays en voie de développement à honorer leurs dettes. C'est dans ce contexte que le fonds monétaire international (FMI) et la banque mondiale ont imposé les programmes d'ajustement structurels. **Estryn et Nezet (2006)** précisent : « une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif » ainsi nous souhaitons identifier les caractéristiques d'une bonne vraie équipe, comprendre ce qui fait l'équipe. Quant à **Tibouti A, 1993,** ce dernier a effectué une étude sur les coûts de fonctionnement du district d'OBALA au Cameroun en adoptant la méthode des coûts complets développé par **Hanson K. et Gilson L**. dans le guide méthodologique intitulé « Coût, utilisation des ressources et financement des services de santé de base ». Cette méthode ne tient pas compte des coûts d'investissement et l'argument avancé pour justifier cette omission est que les décisions concernant ces catégories de dépenses sortent du cadre de la responsabilité des gestionnaires du district. Les objectifs étaient de montrer la contribution des différents intervenants dans le financement et analyser l'efficience de l'utilisation des ressources.

Conclusion

Si pendant longtemps, la qualité et la sécurité des patients ont été considérées comme essentiellement une affaire de connaissance et de compétences individuelles et notamment médicale, il est aujourd'hui admis et reconnu que l'organisation des services, des équipes, la capacité des acteurs à travailler ensemble efficacement sont indispensables pour la qualité des actes médicaux et des soins et la sécurité des patients. Au lendemain des indépendances, les pays africains ont estimé que la santé était un enjeu important de la construction nationale. L'accès et la gratuité des soins étaient considérés comme un droit pour chaque citoyen et il est stipulé dans la déclaration universelle des droits de l'homme en son article 25 que « Tout homme a droit à une protection sanitaire lui permettant d'améliorer ses conditions de vie ». Nous sommes parvenus aux conclusions suivantes : le CSRef tel qu'il fonctionne ne recouvre pas la totalité des coûts de production des soins avec la tarification actuelle. Les patients ayant disposé d'une ordonnance dont le prix moyen est compris entre 10050 et 15915 FCFA sont les plus nombreux (27%). Par contre, 8% des personnes enquêtées ont déclaré n'avoir pas payé de frais pour leur ordonnance. Parmi les 90% des patients qui sont à moins de 10 km du CS Réf, ceux qui disposent d'une ordonnance dont le prix moyen est compris entre 10050 et 15915 FCFA sont les plus nombreux (27%).

Références bibliographiques

AKIN Jones. ET Al, 1987, « *Le financement des services de santé dans les pays en voie de dé*veloppement *»* : un programme de réformes ; Banque mondiale ; Washington.

CARRIN G., Elvo K, 1992, « Une *méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement. Série "Macroéconomie et santé",* N°2. OMS, Genève.

CISSE Aboubacar, 2002, « *Etude de la capacité d'autofinancement des postes de santé au Sénégal, les déterminants de recouvrement des coûts*. Mémoire de fin d'études, CESAG,

DIARRA Kafing, Birama Djan DIAKITE et Moussa KEITA, 1997, « *Viabilité financière des CSCOM de la région de Koulikoro, Mali, (INRSP),* Mai ».

DIAKITE Birama Djan, Kafing DIARRA, 1998, « *Estimation du coût des prestations du centre national d'odonto-stomatologie* » (CNOS), Mali (INRSP), Juillet.

DJOMAN, Jean Marc, 2002, « *Coût, Tarification et autonomie financière : Cas du centre de traitement ambulatoire du diabète de Dakar.* Mémoire de fin d'études, CESAG ».

D.N.S.P, 1998, « *Normes et Equipements hors Bamako, division des équipements et infrastructures sanitaires – août* »

DUBOIS Jean., Mitterand Henry., Dauzat A., 1993 « *Dictionnaire étymologique et historique du francais. »* Larousse ».

ISABELLE Vancutsem, 2011, « *Analyse du système de référence et contre référence dans des régions savanes au nord du Togo* P.4 »

KEITA, Fodé, 1996, *« Evaluation des coûts d'hospitalisation. Cas des services de médecine générale et de chirurgie du CHU Ignace Deen de Conakry* ». Mémoire de fin d'études, CESAG,

KOKRASSET YAH Colette, 2002, « *Analyse des coûts d'une clinique de planification familiale : Cas de la clinique de l'association Ivoirienne pour le bien-être familial de Yopougon* (*Abidjan ; Côte d'Ivoire*) ». Mémoire de fin d'études, CESAG »

KONAN KOUAKOU Claude, 2002, « *Analyse du coût de fonctionnement d'un centre de* santé *pour apprécier la tarification en vigueur : Cas de la formation sanitaire du plateau en Côte d'Ivoire* ». Memoire de fin etude CESAG, 2002.

LAFORGIA, Gerard, BALAREZO, and Mercy, 1993, « Cost *recovery in public sector hospitals in Ecuador* ».

MARCEL, K BENIE, 2002, « Cours *de comptes de la santé*, CESAG ».

MINISTERE DE LA SANTE, 2000, « des *Personnes Agées et de la Solidarité* (M.S.P.A.S) : Guide de *formation en gestion des CSCOM au Mali, » Edition.*

MINISTERE DE LA SANTE, 1995, « *Déclaration de politique sectorielle de santé et de population du Mali* », Edition.

MOUKOUAVILE Sylvestre, 1995, « Recouvrement *des coûts des prestations de soins internes au centre de santé de Divenie dans la région de Niari au Congo* ». Mémoire de fin d'études, CESAG.

SANKARE Ibrahima, 2021, « *L'organisation du système de référence au centre de santé référence de la commune V du district de Bamako »* P.25.

YAZI, Moussa Moussa, 2001, « *Syllabus et codex du module C1 : Analyse des coûts ; coût et productivité* » ; Programme du DSES, CESAG, année académique ; 2ème trimestre.