

MINISTRE 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



**FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

**THESE**

**Évaluation des CSCOM de la Commune  
VI du District de Bamako :  
De 1991 à 2021**

**Présentée et soutenue publiquement le 12/11/2021 devant  
la Faculté de Pharmacie**

Par **Samba DIARRA**

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

**JURY**

**Président : Pr Elimane MARIKO**

**Membres : Dr Oumar SANGHO**

**Dr Mamasy KONAKE**

**Co-directeur : Dr Sadio Demba SYLLA**

**Directeur : Pr Benoit Yaranga KOUMARE**

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE**

**ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2020-2021**

**ADMINISTRATION**

**Doyen** : Boubacar TRAORE / Professeur

**Vice-doyen** : Sékou BAH / Maître de Conférences

**Secrétaire principal** : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

**Agent comptable** : Ismaël CISSE, Contrôleur des finances.

**PROFESSEURS HONORAIRES**

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Mahamadou	CISSE	Biologie
4	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
5	Souleymane	DIALLO	Bactériologie-virologie
6	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
7	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
8	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
9	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
10	Alou A.	KEÏTA	Galénique
11	Mamadou	KONE	Physiologie
12	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
13	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
14	Abdourahamane S	MAÏGA	Parasitologie

15	Saibou	MAÏGA	Législation
16	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
17	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Abdoulaye	DABO	Biologie-parasitologie
4	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
5	Alassane	DICKO	Santé Publique
6	Abdoulaye	DJIMDE	Biologie / Parasitologie
7	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
8	Akory Ag	IKNANE	Santé publique/ Nutrition
9	Ousmane	KOÏTA	Biologie-Moléculaire
10	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
2	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/Bio statistique
3	Bourèma	KOURIBA	Immunologie <b>chef de DER</b>

4	Issaka	SAGARA	Bio-statistique
5	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Bio-statistique
6	Ousmane	TOURE	Santé publique/ Santé environnement

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-Virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie Clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biologie Clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biologie Clinique
6	Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie-Mycologie
8	Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie Moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOITA	Biologie Clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie-Virologie
14	Aminatou	KONE	Biologie Moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé Publique
16	Almoustapha Issiaka	MAIGA	Bactériologie-Virologie

17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire
18	Fanta	SANGHO	Santé publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/ Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEITA	Santé publique/Santé environnement
6	N'DeyeLallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
8	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

#### DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

##### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
2	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

##### 2. MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOM	SPÉCIALITÉS
	- Néant - -		

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGÉS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Mahamane	H Aidara	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAIGA	Galénique
8	Moussa	SANO GO	Gestion
9	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

### 4. ASSISTANTS / ATTACHÉS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAÏGA	Législation

7	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutique
11	Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
12	Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie hospitalière
13	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Benoit Yaranga	KOUMARE	Chimie Analytique
2	Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOM	SPÉCIALITÉS
1	Sékou	BAH	Pharmacologie, <b>Chef de DER</b>

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOM	SPÉCIALITÉS
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie Chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique

3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
6	HamadounAbba	TOURE	Bromatologie

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHÉS DE RECHERCHE

N°	PRÉNOMS	NOMS	SPÉCIALITÉS
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie Analytique
3	Blaise	DACKOUO	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie Analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

#### DER : SCIENCES FONDAMENTALES

##### 1. PROSEFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mouctar	DIALLO	Biologie/ <b>Chef de DER</b>
2	Mahamadou	TRAORE	Génétique

2. MAITRES DE CONFERENCE / MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITES
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie Appliqué

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERRCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie Médicale

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie Organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

5. CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOMS	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba	COULIBALY	Droit commercial

5	Bouba	DIARRA	Bactériologie
6	Moussa I	DIARRA	Biophysique
7	Babacar	DIOP	Chimie
8	Aboubacary	MAIGA	Chimie organique
9	Massambou	SACKO	SCMP/SIM
10	Modibo	SANGARE	Anglais
11	Satigui	SIDIBE	Pharmacie Vétérinaire
12	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
13	Fana	TANGARA	Mathématiques
14	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
15	Mamadou B	TRAORE	Physiologie
16	Boubacar	ZIBEIROU	Physique

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

### **A mon père Abdoulaye dit Djetje DIARRA**

Qui a toujours su me guider sur le droit chemin de par son agir quotidien.

Merci de m'avoir vite fait savoir qu'on ne réussit que par nous-mêmes.

Merci de ton devoir de père bien rempli. Puisse « ALLAH » vous garder plus longtemps parmi nous, Amen !

### **Spécialement à ma mère Dadge SAMAKE**

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 !

## REMERCIEMENTS

➤ **A Allah, Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.**

Je me prosterne devant ta Grandeur pour te remercier de m'avoir comblé de ta grâce et de m'avoir assisté tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir. 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.

J'implore ta bénédiction et que ta lumière guide mes pas. 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)**

Sceau des Prophètes, pour son message clair et précis qui incite sans cesse à la recherche et la découverte de la science absolue.

Que la paix d'Allah soit sur lui et tous ceux qui vont le suivre jusqu'au jour de la résurrection. Amen !

➤ **A mon pays le Mali,**

Merci de ton enseignement gratuit et de ton soutien tout au long de mon parcours.

➤ **A mes enseignants de la faculté de Pharmacie, du primaire et du secondaire,**

Merci pour la qualité de vos enseignements, soyez-en remercié et gratifié.

➤ **A mes frères et sœurs : Kassim, Bourama, Massaran, Boubacar et Mahamadou.**

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 ma grande sœur Mme CISSE Kadidia DIARRA et sa famille,**

Merci infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi. Je ne pourrai peut-être jamais te rendre pareille raison pour laquelle je sollicite Allah afin qu'il te comble de sa bonté, sa miséricorde et sa grâce. Merci encore.

**A ma famille paternelle et maternelle**, profondes gratitude.

➤ **A tous mes tontons et tantes**,

Merci pour votre soutien. A toutes mes tantes, pour les bénédictions et les conseils.

➤ **A mes cousins et cousines**, reconnaissances.

➤ **A Docteur Abdoul Aziz SANOGO, Dr Alpha HAIDARA, Dr Moussa DIAKITE, Dr Ibrahim DIALL**

Les mots sont faibles pour apprécier vos gestes. Merci pour vos aides et vos disponibilités malgré vos nombreuses occupations.

Que le tout puissant vous récompense pour tout ce que vous faites pour nous. Recevez ici l'expression de toutes mes considérations.

➤ **A tout le personnel de l'Officine ISSIAKA SANOGO**

➤ **A mes amis :**

Je me garde de citer les noms pour ne pas en oublier, vous êtes et vous resterez mes fideles compagnons.

Les mots ne suffisent pas pour exprimer ce que je ressens pour vous ; votre disponibilité, votre gentillesse merci pour tout.

Que le tout puissant puisse raffermir nos liens.

➤ **Aux thésards et à tout le personnel du CSRéf de la CVI**

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

Je vous dis merci.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Elimane MARIKO**

- **Professeur honoraire de pharmacologie à la Faculté de Pharmacie**
- **Président de l'association des ressortissants de la commune rurale de Tomba ;**
- **Recteur de l'Université Scientifique Libre de Bamako ;**
- **Officier de l'ordre national du Mali.**
- **Colonel-major des forces armées au Mali / à la retraite.**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre abord facile et votre rigueur scientifique sont des atouts qui nous ont séduits et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici toute notre reconnaissance et notre plus grand respect.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Oumar SANGHO**

- **Doctorat en Epidémiologie**
- **Master en Santé Publique-Epidémiologie**
- **Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de 3ème cycle en Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les pays en Développement (DIU EPIVAC).**
- **Certificat de Promotion de la Santé.**
- **Maître Assistant en Epidémiologie au DER des Sciences Biologiques et Médicales, FAPH/USTTB/Mali.**
- **Chef Section Planification et Etudes à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale (ANTIM).**
- **Assistant au coordinateur du Master de santé publique, du Diplôme Universitaire en Système d'Information Sanitaire de Routine (DU-SISR) et du Diplôme Universitaire en Formation des Epidémiologistes de Terrain (DU-FETP) au DERSP/ FMOS.**
- **Membre du Groupe Technique Consultatif pour les Vaccins et la Vaccination au Mali (GTCV-MALI).**
- **Membre du Comité de réflexion et de Suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle au Mali (Groupe d'Experts AMO).**
- **Ancien Membre du Comité de réflexion pour la mise en place de la cohorte intermédiaire du Programme de Formation en Epidémiologie de Terrain**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono.**

### **Cher Maître,**

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail. Nous avons été marqués par votre disponibilité et par la qualité de l'intérêt que vous nous avez porté. Recevez l'expression de notre profonde considération.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur Mama Sy KONAKE**

- **Médecin spécialiste en sante publique option épidémiologie**
- **Médecin chef du CSRef Commune VI**
- **Major de la 2ème promotion option épidémiologie**
- **Ancienne consultante à l'OMS dans la lutte contre la maladie à virus EBOLA**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi les membres de notre respectable jury de thèse. Vous nous avez accueillis avec modestie et beaucoup de simplicité. Puisse ce travail être pour nous l'occasion de vous exprimer, cher Maitre, notre respect et notre grande estime.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

**Docteur Sadio Demba SYLLA**

- **Pharmacien chef de service de la pharmacie du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;**
- **Master-2 en suivi évaluation ;**
- **Spécialiste en contrôle des épidémies ;**
- **Secrétaire à l'information du SYNAPHARM.**

**Cher Maître,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de codiriger ce travail. Votre compétence, votre sens de l'humour tout en restant sérieux, votre gentillesse et votre amour pour la science nous ont énormément marqué. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

### **Professeur Benoit YARANGA KOUMARE**

- **Pharmacien, Professeur Titulaire de chimie Analytique à l'USTTB ;**
- **Spécialiste en Assurance et Contrôle de Qualité des médicaments en Neuropharmacologie et prescription rationnelle des médicaments ;**
- **Directeur Général du Laboratoire National de la Santé du Mali ;**
- **Expert analyste et pharmacologue au sein de la Commission Nationale d'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments au Mali (CNAMM) ;**
- **Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie (SOACHIM)**
- **Expert Qualité (Pharmacie Galénique et Analyse de Médicaments Vétérinaires) du Comité Régional du Médicament Vétérinaire (CRMV) auprès de l'UEMOA ;**
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali**

### **Cher Maître,**

Cher maître, votre rigueur scientifique, votre sens pratique, votre chaleur humaine fait de vous un exemple à suivre. La simplicité, la modestie, la courtoisie, l'intelligence et l'amour du travail bien fait qui vous caractérisent font de vous le repère pour les étudiants. Malgré vos lourdes responsabilités, vous avez accepté avec abnégation et patience de nous aider dans la réalisation de ce travail tout en acceptant volontiers de le diriger. Soyez rassurer de notre inestimable gratitude et profond respect.

## Liste des abréviations

**AG** Assemblée Générale

**ANIASCO**: Association de Santé Communautaire de Niamakoro 1

**ASACO** Association de Santé Communautaire

**ASACOBABA** : Association de Santé Communautaire de Banankabougou

**ASACOCY** : Association de Santé Communautaire du Cité des logements sociaux 1008

**ASACOFA** : Association de Santé Communautaire de Faladiè

**ASACOMA** : Association de Santé Communautaire Magnambougou

**ASACOMIS** : Association de Santé Communautaire de Missabougou

**ASACONIA** : Association de Santé Communautaire de Niamakoro 2

**ASACOSE** : Association de Santé Communautaire de Senou

**ASACOSO** : Association de Santé Communautaire de Sogoninko

**ASACOSODIA** : Association de Santé Communautaire de Sokorodji – Dianéguéla

**ASACOYIR** : Association de Santé Communautaire de Yirimadio

**CA** : Conseil d'Administration

**CAM** : Convention d'Assistance Mutuelle

**CG** : Comité de Gestion

**CPN** : Consultation prénatale

**CPON** : Consultation Post-natale

**CRGS** : Compte Rendu de Gestion de Stock

**CS** : Comité de Surveillance

**CSCom** : Centre de Santé Communautaire

**CSRef** : Centre de Santé de Référence

**DBM** : Déchets Biomédicaux

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DTC** : Directeur Technique du Centre

**EDM** : Energie Du Mali

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

**FOSA** : Formation Sanitaire

**IB** : Initiative de Bamako

**IEC** : Information, Education et Communication

**LNME** : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

**ME** : Médicaments Essentiels

**MEG** : Médicaments Essentiels Génériques

**Nb** : Nombre

**PEV**: Programme Elargie de Vaccination

**PF** : Planification Familiale

**PMA** : Pâque Minimum d'Activité

**PPM** : Pharmacie Populaire du Mali

**PPN** : Politique Pharmaceutique Nationale

**PPTE** : Pays Pauvres Très Endettés

**S.A** : Société Anonyme

**SDADME** : Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels

**SIGL** : Système d'Information de Gestion Logistique

**SLIS**: Système Local d'Information Sanitaire

**SOMAGEP** : Société malienne de gestion d'eau potable

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

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

**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

## Liste des tableaux

<b>Tableau I: Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf</b> .....	27
<b>Tableau II : Répartition des CSCOM selon la fonctionnalité du bureau ASACO</b> .....	33
<b>Tableau III : Répartition des CSCOM selon la tenue régulière des réunions du bureau ASACO</b> .....	34
<b>Tableau IV : Répartition des CSCOM selon la représentativité des femmes à 30% dans le bureau ASACO</b> .....	34
<b>Tableau V : Répartition des CSCOM selon l'existence d'un contrat pour le personnel et l'inscription à l'INPS</b> .....	34
<b>Tableau VI : Répartition des CSCOM selon l'envoi des rapports d'activité</b> .....	35
<b>Tableau VII : Répartition des CSCOM selon le paiement des quottes parts</b> .....	35
<b>Tableau VIII : Répartition des CSCOM selon la motivation du personnel</b> .....	35
<b>Tableau IX : Répartition des CSCOM selon l'état des bâtiments</b> .....	36
<b>Tableau X : Répartition des CSCOM selon la construction d'un nouveau bâtiment</b> .....	36
<b>Tableau XI : Répartition des CSCOM selon la suffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités</b> .....	36
<b>Tabel XII : Répartition des CSCOM selon l'aménagement de la cour</b> .....	37
<b>Tableau XIII : Répartition des CSCOM selon l'accessibilité routière</b> .....	37
<b>Tableau XIV: Répartition des CSCOM selon leurs collaborations avec les partenaires</b> .....	37
<b>Tableau XV : Répartition des CSCOM selon la propreté du centre</b> .....	38
<b>Tableau XVI : Répartition des CSCOM selon le respect du schéma d'approvisionnement</b> .....	40
<b>Tableau XVII : Répartition des CSCOM selon la disponibilité des documents normatifs</b> .....	41
<b>Tableau XVIII : Répartition des CSCOM selon les conditions de stockages des médicaments</b> .....	42
<b>Tableau XIX : Répartition des CSCOM selon la disponibilité des médicaments du panier et des médicaments de la mère et de l'enfant</b> .....	42
<b>Tableau XX : Répartition des CSCOM selon le maintien du capital de dépôt de vente</b> .....	43

<b>Tableau XXI : Répartition des CSCOM selon le respect des normes de construction du laboratoire .....</b>	<b>43</b>
<b>Tableau XXII : Répartition des CSCOM selon la faisabilité de certaines analyses biomédicales.....</b>	<b>44</b>
<b>Tableau XXIII : Répartition des CSCOM selon la présence des documents comptable .....</b>	<b>45</b>

### **Liste des figures**

<b>Figure 1 : Répartition des CSCOM en fonction de leurs fonctionnalités .....</b>	<b>33</b>
<b>Figure 2 : Répartition des agents selon le type de contrat .....</b>	<b>38</b>
<b>Figure 3 : Répartition des CSCOM selon leur personnel.....</b>	<b>39</b>

## Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
2.1	Objectif général: .....	4
2.2	Objectifs spécifiques: .....	4
<b>3</b>	<b>Généralités</b> .....	<b>6</b>
3.1	Historique de la santé communautaire .....	6
3.1.1	Initiative de Bamako : .....	6
3.1.1.1	But de L'IB :.....	8
3.1.1.2	Objectifs de l'IB.....	8
3.1.1.3	Les principes de l'IB.....	9
3.2	Aspects institutionnels de la gestion des associations de santé communautaire au Mali. ....	10
3.2.1	Aspects juridiques .....	10
3.2.1.1	Loi sur les associations .....	10
3.2.1.2	Texte sur la privatisation des professions médicales .....	10
3.2.1.3	Texte sur l'exonération des médicaments essentiels.....	11
3.2.1.4	La convention d'Assistance mutuelle (CAM) .....	13
3.2.1.5	Textes réglementaires de la santé communautaires .....	14
3.2.2	Rappel sur les Associations de Santé Communautaires (ASACO) 15	
3.2.2.1	Définitions .....	15
3.2.2.2	Organisation et fonctionnement de L'ASACO .....	17
3.2.3	Processus et Condition de création des CSCOM .....	19
3.2.3.1	Fonctionnement du CSCOM.....	22
3.2.3.2	La Direction Technique du CSCOM .....	22
<b>4</b>	<b>METHODOLOGIE</b> : .....	<b>24</b>

4.1	Cadre de l'étude: Commune VI du district de Bamako.....	24
4.2	Population d'étude:.....	28
4.3	Période et type d'étude:.....	28
4.4	Critères d'inclusion:.....	28
4.5	Critères de non-inclusion: .....	28
4.6	Echantillonnage: .....	28
4.7	Plan de collecte des données:.....	28
4.8	Analyse des données:.....	28
4.9	Considérations éthiques: .....	29
4.10	Critères d'évaluations .....	29
<b>5</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>33</b>
5.1	Gouvernance de l'ASACO .....	33
5.2	Bâtiment .....	36
5.3	Accessibilité.....	37
5.4	Soutien/Appui :.....	37
5.5	Aménagements structurels .....	38
5.6	PHARMACIE.....	40
5.7	LABORATOIRE .....	43
5.8	GESTION FINANCIERE.....	45
<b>6</b>	<b>Commentaire et Discussion .....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>56</b>
<b>9</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>58</b>

# **INTRODUCTION**

## **1 INTRODUCTION**

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

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

Pour atteindre ses objectifs le centre de santé communautaire doit :

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

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

Au même moment les indicateurs de mortalité maternelle et infantile, de consultations prénatales, d'accouchement assisté, de couverture vaccinale et de planning familial montrent une amélioration (3).

Malgré ces résultats encourageants, les CSCOM rencontrent plusieurs difficultés notamment :

La mauvaise gestion administrative ainsi qu'un manque de transparence dans la gestion des ressources financières;

La diminution de la qualité des soins et l'insuffisance de plateau technique ;

Leur création anarchique;

L'insuffisance des ressources humaines qualifiées (3).

Depuis la déclaration de l'Initiative de Bamako, plusieurs CSCOM ont été créés à travers le pays dont **59** pour le seul district de Bamako. A ce jour, il existe peu de données, sinon aucune sur les capacités opérationnelles de ces CSCOM.

Eu égard à l'importance de ces structures de première ligne dans le système de santé au Mali, il est indispensable de faire un état des lieux de ces structures à travers une évaluation de leurs capacités opérationnelles dans un but d'amélioration de leurs performances.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail qui vise à évaluer la capacité opérationnelle des CSCOM de la commune VI avec un certain nombre d'objectifs.

# **OBJECTIFS**

## **2 OBJECTIFS**

**2.1 Objectif général:** Evaluer les centres de sante communautaire (CSCOM) de la commune VI.

**2.2 Objectifs spécifiques:**

- Analyser la gouvernance des ASACO de la commune VI
- Apprécier l'existence des éléments d'aménagements et de confort indispensable dans les CSCOM
- Décrire le personnel des CSCOM
- Apprécier la Gestion de la pharmacie des CSCOM
- Examiner les capacités de diagnostic des CSCOM

# **GENERALITES**

## **3 Généralités**

### **3.1 Historique de la santé communautaire**

Dès les premières années de l'indépendance (1960), le Mali a opté pour une politique de soins de santé accessible au grand nombre de la population. Depuis, l'Etat a initié beaucoup de tentatives d'impliquer la société civile dans la prise en charge de ses propres problèmes de santé (5).

L'intervention de la société civile pour la prise en charge de ses problèmes de santé a véritablement commencé dans les années 1980, suite à la rencontre des ministres de la santé de la sous-région à Bamako en 1987(5).

C'est à cette rencontre que vit jour l'initiative de Bamako (IB) qui fut à la base de la création des CSCOM. Cette initiative de Bamako sera amplement développée dans une section ultérieure.

La société civile a ainsi pris l'initiative de se regrouper en organisation communautaire par zone sanitaire définie pour contribuer aux efforts de l'Etat à la prise en charge des problèmes de santé des populations. Ces organisations communautaires de santé ont été dénommées : Association de Santé Communautaire (ASACO). La première ASACO fut créée à Banconi en 1988 et son CSCOM en 1989 (5).

#### **3.1.1 Initiative de Bamako :**

Pour redynamiser les services de soins de santé primaires, une nouvelle stratégie a été adoptée lors de la 37ième réunion régionale de l'O.M.S par les ministres africains réunis à Bamako en Septembre 1987. Cette stratégie qui vise à revitaliser les soins de santé primaires à assise communautaire est connue sous le nom de l'Initiative de Bamako.

Dix ans après Alma Ata de 1978, il a été affirmé que « L'Afrique est resté le seul continent où le nombre absolu de décès des enfants de moins de 5 ans s'accroît toujours depuis 1980 et atteint, voire dépasse, quatre millions par an ». Durant cette dernière décennie, dans la plupart des pays africains, la

détérioration des conditions socio-économiques s'est accompagnée d'une dégradation des conditions de santé des femmes et des enfants avec une augmentation de la malnutrition et des maladies transmissibles. Les insuffisances et les lacunes constatées, l'organisation et le fonctionnement des systèmes sur les soins de santé primaires (SSP) ont eu comme principales conséquences :

- Le manque chronique de médicaments et autres produits essentiels, même ceux qui sont de première nécessité dans les formations sanitaires publiques
- La non-satisfaction de la demande pressante et énorme des populations en soins curatifs et l'insuffisance de la couverture des besoins en soins préventifs identifiés ;
- la baisse de la crédibilité des structures publiques en soins dont le rôle d'éducation et de conseil en matière de santé perd sa portée.
- Le personnel est peu motivé(6).

C'est dans ce contexte presque le même dans les autres pays de la sous-région, de l'Afrique en général, qu'il a été lancé à Bamako la stratégie de renforcement de la mise en œuvre des SSP dite Initiative de Bamako (IB) (6).

En septembre 1987, le comité régional de l'O.M.S pour l'Afrique a pris une résolution à Bamako à la demande de la FISE et de l'O.M.S. Elle avait pour objectif d'accélérer la mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des districts en accordant la priorité aux femmes et aux enfants (6).

L'initiative de Bamako se fonde sur le concept que les collectivités locales participent au financement et à la gestion des SSP à travers d'une part le paiement des soins médicaux et l'achat des médicaments génériques(7) et d'autre part la mise en place des associations de santé communautaire (ASACO) pour la gestion. Elle représente donc un défi lancé aux gouvernements africains en vue de mettre en place un système permanent et autonome d'approvisionnement en médicaments essentiels de base et un réseau de soins de santé primaires de qualité à la portée de tous. Malgré le

défi que doit relever l'Initiative de Bamako au niveau des politiques et infrastructures, la plupart des pays africains constatent que son concept constitue une stratégie unique pour atteindre des objectifs de la « Santé pour tous »(6).

### **3.1.1.1 But de L'IB :**

Le but de l'IB est d'assurer l'accès de tous aux soins de santé primaires (SSP), en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. En tant que bonne stratégie, elle vise à mobiliser les ressources nécessaires au renforcement et à l'élargissement du réseau des SSP à assise communautaire, grâce à un recouvrement du coût des médicaments et fournitures essentiels par les utilisateurs des services de santé. Elle est centrée sur le médicament essentiel générique (MEG).(6)

### **3.1.1.2 Objectifs de l'IB**

L'objectif général est l'accessibilité financière et géographique des MEG. Les objectifs spécifiques de l'IB peuvent être résumés comme suit :

- Minimiser par tous les moyens possibles le coût des médicaments de première nécessité pour accroître leur accès aux plus démunis ;
- Assurer, par le renforcement du processus gestionnaire du système de santé, la disponibilité en permanence de ces médicaments essentiels au niveau de toutes les formations sanitaires ;
- Etablir, avec l'entière participation responsable des populations bénéficiaires organisées en comité de santé, un système de recouvrement des coûts de médicaments essentiels pour assurer le renouvellement des stocks de début mis en place par l'état ou autres volontés ;
- Maintenir la participation symbolique déjà requise des populations à l'effort de santé, pour financer d'autres types de problèmes de SSP à assise communautaire ;
- Assurer la couverture sanitaire des populations en soins de santé de base en réutilisant les bénéfices tirés des ventes pour augmenter les stocks de médicaments essentiels en quantité et en qualité(6).

### **3.1.1.3 Les principes de l'IB**

L'Initiative de Bamako répond aux principes généraux suivants :

- Un engagement national en faveur d'une accélération de l'accessibilité des SSP pour tous ;
- Une politique concernant les médicaments essentiels, axé sur une utilisation rationnelle des médicaments et qui soit compatible avec le développement national des SSP et qui le complète ;
- Un financement communautaire des services de soins de santé, ordinairement sous forme de consultations et de traitements payant ;
- Un large soutien financier du gouvernement en faveur des soins de santé primaires (SSP). Le budget de la santé, en ce concerne l'aide aux services locaux des districts, doit être maintenu à son niveau actuel ou augmenté ;
- Une gestion et une décentralisation des ressources communautaires de sorte que les recueillis à l'échelon local demeurent sous le contrôle communautaire, au lieu d'être versées au trésor public ou au Ministère de la santé;
- Une décentralisation au niveau du district des prises de décisions du ministère de la Santé Publique concernant la gestion des SSP;
- Des mesures garantissant que les personnes démunies puissent recourir aux SSP et en bénéficier par d'autres moyens selon des critères établis en collaboration avec les communautés ;
- Des objectifs intermédiaires devront être clairement définis et il faudra convenir des indicateurs pour les mesures(6).

## **3.2 Aspects institutionnels de la gestion des associations de santé communautaire au Mali.**

### **3.2.1 Aspects juridiques**

#### **3.2.1.1 Loi sur les associations**

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

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

Le programme d'ajustement structurel imposé au Mali a eu pour conséquence un désengagement progressif de l'état et la privatisation de ce secteur (8).

#### **3.2.1.2 Texte sur la privatisation des professions médicales**

L'exercice privé des professions médicales et pharmaceutiques remonte de 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 forme d'exercice des ASACO se distingue des deux autres par son caractère privé mais sans but lucratif. Elle faisait surtout appel à 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 commença 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 commença 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, modifié par l'arrêté N°13-711 du 02 septembre 2013 pour mieux préciser le principe de création et de fonctionnement des CSCOM (9).

### **3.2.1.3 Texte sur l'exonération des médicaments essentiels**

Parallèlement à la libéralisation de l'exercice des professions médicales et pharmaceutiques au Mali, est aussi 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 passa progressivement des molécules de spécialité aux molécules génériques (8). D'ailleurs, cette politique d'exonération suit la politique pharmaceutique nationale surtout dans son volet d'approvisionnement en médicament.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement désigne «la planification et la coordination de la suite des étapes de production et distribution d'un produit depuis les fournisseurs des fournisseurs du producteur jusqu'aux clients de ses clients » (Supply Chain Council Management Professionals, 2012).

Selon la politique pharmaceutique nationale, l'approvisionnement en médicaments se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDAD-ME) mis en place à partir de 1995 par le département suite à la dévaluation du franc CFA.

Le SDAD-ME décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments de la politique sectorielle de santé et de population du Mali. L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire en fonction de leur pouvoir d'achat (10).

-acteurs du SDAD-ME et leurs fonctions

Au Mali, différentes institutions sont concernées par les fonctions de réglementation des médicaments et sont mandatées indépendamment à cet effet par la législation :

-Les acteurs du niveau central

- La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) est un département au sein du ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique habilité à réglementer les médicaments concernant l'enregistrement et l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché. La DPM est également chargée d'élaborer et de mettre en vigueur les politiques pharmaceutiques nationales ; la Politique pharmaceutique nationale et le plan de la stratégie pharmaceutique en vigueur aujourd'hui sont en place depuis 2012(11);
- La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et autres fournisseurs agréés assurent l'approvisionnement ;
- Le Laboratoire National de la Santé (LNS) est chargé du prélèvement et de l'analyse en laboratoire des échantillons de médicaments sous l'égide du Service technique de la santé constitué par l'ordonnance n° 90-34/P-RM du 5 juin 1990, puis érigé en Etablissement Public à caractère scientifique et technique par l'ordonnance n° 040/P-RM du 20 septembre 2000 (11);
- La Direction Nationale de la Santé (DNS) veille à l'application des textes dans les formations sanitaires publiques, communautaires et parapubliques ;

- L'Inspection de la santé (IS) est chargée d'assurer la protection de la santé publique tant en ce qui concerne l'hygiène du milieu que la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles.
- Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) est responsable de l'application technique de la pharmacovigilance (6)

- Les acteurs du niveau régional

- Les Magasins Régionaux PPM (MR- PPM) assurent l'approvisionnement ;
- La Direction Régionale de la Santé (DRS) assure la supervision par le suivi, le contrôle, et les conseils.

- Les acteurs du niveau local

Le centre de Santé de Référence (CS Réf) assure l'approvisionnement et la gestion de stock à travers le dépôt répartiteur de cercle (DRC), assure également la distribution à travers les dépôts de vente du cercle et des Centre de Santé Communautaire (CSCOM) et la supervision, suivie, contrôle, conseils par l'équipe.

#### **3.2.1.4 La convention d'Assistance mutuelle (CAM)**

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

Cette convention, appelée Convention d'Assistance Mutuelle, 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 de l'entretien des infrastructures ;
- Fournir au service socio-sanitaire des rapports sur la gestion et les activités du centre ainsi que des statistiques socio-sanitaires ;
- Déclarer officiellement le personnel ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO ;
- Tenir régulièrement le CG de l'aire de santé et participer aux CG du service socio-sanitaire de cercle ou de commune.

En contrepartie, l'état prend des engagements à :

- Assurer la disponibilité d'un plateau technique de référence et de médicaments essentiels en DCI ;
- Contribuer au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM ;
- Equiper ou compléter l'équipement ;
- Renouveler le gros matériel médical ;
- Mettre en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI ;
- Assurer la formation initiale à la gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO ;
- Assurer la formation technique du personnel ;
- Assurer l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (8).

### **3.2.1.5 Textes réglementaires de la santé communautaires**

#### **➤ Statuts et règlements des ASACO**

Les ASACO ont adoptés des statuts et règlement intérieurs préparés par la première ASACO et sont 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) (8).

➤ **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).

### **3.2.2 Rappel sur les Associations de Santé Communautaires (ASACO)**

#### **3.2.2.1 Définitions**

➤ **Santé Communautaire**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ses priorités. Cette vision participative de la santé est inscrite dans la constitution de l'OMS : « une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations » (12).

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 (13).

➤ **Centre de Santé Communautaire (CSCOM)**

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

➤ **Association en Santé Communautaire (ASACO)**

Est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique dénommée « aire de santé »qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé(14).

➤ **Aire de Santé**

C'est une subdivision territoriale du district de santé autour d'une formation sanitaire leader. [Organisation du district de sante] L'aire de santé est déterminée sur la base d'une population comprise entre 5 000 et 10 000 habitants vivant dans un rayon de 15 km autour d'un CSCOM et ayant en commun des affinités d'ordre socio-anthropologiques(13).

➤ **Carte Sanitaire**

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

- Le nombre et la localisation géo référencée de toutes les structures sanitaires ;
- L'offre des soins : les ressources existantes (infrastructures, personnel, moyens de communication...), la population et
- Les services et les programmes/interventions existants(15).

➤ **Le Paquet Minimum d'Activité (PMA)**

Correspond à l'offre d'activités intégrées de soins de santé. Ces activités sont d'ordres préventifs, curatifs, et promotionnels. Il s'agit de traitements des maladies courantes, des consultations prénatales, et postnatales avec accouchement et vaccination. Il s'agit d'un minimum d'offre de soins que devrait normalement offrir un centre de santé communautaire et ne constitue pas un plafond(16).

### **3.2.2.2 Organisation et fonctionnement de L'ASACO**

L'ASACO doit avoir pour sa reconnaissance juridique un nom, une adresse, un objectif, des représentants, un statut et un règlement intérieur. Tout ceci est couronné par un récépissé délivré par le Ministère chargé de l'Administration Territoriale (16). L'ASACO procède ainsi à la création et à la gestion de son centre de santé communautaire (CSCOM), après l'obtention d'un agrément, délivré par le Maire de la commune (16). Une convention d'assistance mutuelle doit être signée entre l'ASACO et l'ETAT. Avec le transfert de compétences, cette convention est désormais établie entre l'ASACO et la commune (17).

L'Assemblée générale (AG) est l'instance suprême de prise de décision de l'ASACO. Elle est composée de l'ensemble des adhérents de l'ASACO qui sont constitués par les représentants de l'ensemble des villages constituant l'aire de santé. L'assemblée générale met en place les organes de gestion de l'ASACO qui auront la charge de la gestion du centre de santé communautaire (16). Il s'agit du conseil d'administration (CA) et le comité de surveillance (CS)(17).

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

- D'examiner et d'adopter les budgets-programmes annuels d'activités du CSCOM ;
- De définir les mécanismes locaux de contribution des populations à la réalisation de ces programmes ;

- D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- De recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaire au fonctionnement du CSCOM ;
- De rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du CSCOM (18).

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

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

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

Sont membres de droit avec voix consultative :

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

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence(18). Le comité de gestion (CG) du CSCOM est désigné au sein du CA parmi ses membres à l'exception du Directeur Technique du CSCOM (DTC) et le représentant du personnel. Il se compose comme suit :

- Un président ;
- Un secrétaire administratif ;

- Un trésorier ;
- Un contrôleur des comptes (un des commissaires aux comptes C.A) ;
- Le DTC et
- Le représentant du personnel du CSCOM(17).

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

Le Comité de Gestion a pour attributions :

- D'assurer la gestion quotidienne du CSCOM ;
- De justifier devant le Conseil d'Administration les dépenses effectuées au cours du trimestre ;
- De statuer sur les sanctions disciplinaires du 1er degré pour tout le personnel sauf le DTC et
- D'assurer la bonne exécution de l'ensemble des dépenses(17).

Les ressources de l'ASACO proviennent :

- Des cotisations des membres ;
- Des activités génératrices de ressource qui ne va pas à l'encontre de la loi ;
- Des recettes découlant des activités du CSCOM ;
- Des subventions des pouvoir publics, des œuvres de bienfaisance et d'organismes nationaux et internationaux et des dons et legs...(17).

### **3.2.3 Processus et Condition de création des CSCOM**

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

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

Dans son article 3 : Il ne peut être créé qu'un seul centre de santé communautaire par aire de santé et conformément à la carte sanitaire(18).

Dans son article 4 : Seules les associations déclarées ayant pour objet le développement de la santé communautaire, dénommées « Associations de santé communautaires » peuvent créer et faire fonctionner des centres de santé communautaires (CSCOM)(18).

Une étude de faisabilité qui prend en compte les ressources mobilisées et mobilisables pour la création du CSCOM. Une approche communautaire engageant la population à la participation dans la création du CSCOM. Il s'agit donc d'informer les villages ou les quartiers sur la création du CSCOM, de tenir une assemblée générale, de négocier le choix du lieu d'implantation du CSCOM. La détermination et la mobilisation de la quote-part communautaire dans la réalisation du génie civile est une étape importante dans la création du CSCOM(16).

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

- Se conformer à la carte sanitaire du cercle ou de la commune du district de Bamako ;
- Être organisée en Association de santé communautaire déclarée disposant d'un récépissé ;
- Compter un nombre d'adhérents égal à au moins 10% de la population de l'aire de santé ;
- Être propriétaire, ou affectataire d'un site pouvant abriter le centre de santé communautaire ou le cas échéant, disposer d'un local pouvant y servir(18).

Article 6 : Une demande de création sera adressée au maire de la commune du lieu d'implantation sous couverture du médecin chef du lieu d'implantation. Cette demande comporte le dossier suivant(18):

Article 7 : Le dossier de demande de création comprend :

- Une demandée timbrée à 200 F ;

- La copie du récépissé de déclaration de la création de l'association de santé communautaire ;
- Trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'association de santé communautaire ;
- Une note de présentation du projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existants ou prévus et
- Un plan de financement du centre de santé communautaire (18).

Une rencontre est entreprise entre l'organe de gestion de l'ASACO et l'Etat à travers le maire de la commune dont relève l'aire de santé. Au cours de cette rencontre un engagement sera défini entre les deux parties à travers la signature d'une convention d'assistance mutuelle (CAM). Suite à cette signature les autorités délivreront un agrément à l'ASACO qui lui permettra de mettre en place un CSCOM fonctionnel et l'article 10 et 11 stipule que (18):

Article 10 : Conformément aux dispositions du décret n°02- 314 / PRM du 24 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités locales des niveaux commune et cercle, en matière de santé, l'association de santé communautaire signe une convention 12 d'assistance mutuelle avec le maire de la commune du lieu d'implantation du centre de santé communautaire(18).

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

- Les possibilités d'allocation de subvention pour le financement des activités de santé ;
- La contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du centre de santé communautaire ;
- La dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériel roulant);
- Le financement des travaux de construction du centre de santé communautaire ;

- Le suivi et le contrôle de la gestion du centre de santé communautaire ;
- Le concours de l'association de santé communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments ; la lutte contre les catastrophes et les épidémies.

La convention précise également les obligations de collaboration du centre de santé communautaire avec le centre de santé de référence du cercle ou de la commune(18).

### **3.2.3.1 Fonctionnement du CSCOM**

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

Son objectif est de :

- Couvrir l'ensemble des populations de l'aire attribuée par la carte sanitaire en soins curatifs, préventifs et promotionnels ;
- Offrir aux tarifs les plus bas possibles les services de soins de qualité(17).

### **3.2.3.2 La Direction Technique du CSCOM**

Elle est dirigée par le Directeur Technique du CSCOM :

- Il est le premier responsable clinique du CSCOM et en assure le bon fonctionnement ;
- Il veille au respect de la réglementation en vigueur au Mali ;
- Il veille à l'application du règlement intérieur du CSCOM ;
- Il élabore l'organigramme des services du CSCOM ;
- Il convoque et préside les réunions de staff du personnel(17).

# **METHODOLOGIE**

## **4 METHODOLOGIE :**

### **4.1 Cadre de l'étude:** Commune VI du district de Bamako

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Les quartiers de la rive droite ont connu une expansion considérable avec la construction du pont FAHD en 1989 et celui de l'amitié sino-malienne en 2011 qui viennent renforcer le pont des Martyrs.

Avec une superficie d'environ 8882 ha, la commune VI est la vaste commune de Bamako et elle est composée de dix(10) quartiers qui sont : Sogoniko ,Faladié, Dianéguéla, Banankabougou, Missabougou, Magnambougou, Niamakoro, Yirimadio, Sénou.

### **Données géographiques et démographiques**

#### **❖ Données géographiques :**

##### **Limites :**

- La commune est limitée au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le Cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V.

##### **Relief :**

Le relief est accidenté :

- dans la partie Est de Banankabougou par Outa-koulouni, culminant à 405m ;
- par Taman koulouni avec 386 m à l'ouest de la patte d'oie de Yirimadio ;

- Par Kandourakoulou, Magnambougoukoulou et Moussokorkountjifara, l'ensemble culminant à 420 m d'altitude est situé à l'est de Dianéguela- Sokorodji ;
- Par Dougakoulou dont le flanc ouest constitue une partie de la limite Est de la commune ;
- Par Tién- koulou culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Est de la commune.

**Climat :**

Le climat est Sahélien avec une saison sèche d'octobre à juin et une saison pluvieuse de juillet à septembre.

La commune connaît des variations climatiques d'année en année.

Elle dispose d'une grande surface de terre et elle a connu les plus grands aménagements de la dernière décennie.

**Végétation :**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano - sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, le manguier etc.

**Hydrographie :**

La Commune VI est arrosée :

- Par le Fleuve Niger au nord ;
- Le Sogoniko et ses affluents (Koflatié, Flabougouko, Niamakoro) ;
- Le Koumanko et son affluent Boumboufalan ;
- Le Babla traversant Dianéguela et Sokorodji ;
- La portion du canal de la station hydroélectrique de Missabougou - Baguinéda.

**❖ Données démographiques :**

En 2009, la population totale de la Commune VI s'élevait à 470 269 habitants, dont 238506 hommes et 231763 femmes (source RGPH 2009). En application du taux d'accroissement annuel la population a atteint 528 469 habitants en 2012. Elle est composée de 50,7% d'hommes et 49,3% de femmes.

La population est inégalement répartie sur l'étendue de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers comme Dianéguela, Sokorodji, Niamakoro.

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune VI à savoir : les Bambaras, Peulhs, Sonrhaïs, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés ... et des ressortissants d'autres pays.

**Activités socio-économiques et données socioculturelles :**

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

**Situation socio-sanitaire :**

❖ **Organisation du système socio-sanitaire :**

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence, un Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES), un service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (SLPFEF), 12 CSCOM dont un non fonctionnel, cinq structures parapubliques (CMIE Faladié, MIPROMA, Mutuelle DembaNyuma, Mutuelle Union Santé, Base 101), l'ONG ASDAP, le Projet Jeunes et quelques structures sanitaires privées.

**Tableau I: Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf**

<b>NOM DES AIRES DE SANTÉ</b>	<b>DATE DE CRÉATION</b>	<b>QUARTIER</b>	<b>DISTANCE CSCOM/CSRÉF EN KM</b>
<b>ASACOMA</b>	Septembre 1991	Magnambougou	3
<b>ASACONIA</b>	Janvier 1992	Niamakoro	6
<b>ANIASCO</b>	Janvier 1992	Niamakoro	8
<b>ASACOBABA</b>	Mars 1992	Banankabougou	5
<b>ASACOSE</b>	Décembre 1992	Senou	15
<b>ASACOSO</b>	Octobre 1993	Sogoninko	0,3
<b>ASACOFA</b>	Août 1994	Faladiè	4
<b>ASACOYIR</b>	Septembre 1997	Yirimadio	10
<b>ASACOSODIA</b>	Mars 1999	Sokorodji Dianéguéla	6
<b>ASACOMIS</b>	Mars 2003	Missabougou	12
<b>ASACOCY</b>	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
<b>ASACOMA II</b>	Septembre 2009	Magambougou projet	2,5

ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15 km)

ASACOMA II n'est pas fonctionnelle.

**Observations :**

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, le quartier de Niamakoro a été divisé en deux (2) aires de santé (ASACONIA et ANIASCO) tandis que Sokorodji et Dianéguéla se sont fusionnés pour former une aire de santé (ASACOSODIA). Toutes les activités du PMA sont disponibles dans les CSCOMs. Les approches communautaires de deux aires de santé (cité UNICEF, cité BIAO) ont été effectuées, mais les bureaux ne fonctionnent pas.

### **Organisation du système socio-sanitaire :**

La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de Référence, un Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES), un service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (SLPFEF), 13 CSCOM dont un non fonctionnel, cinq structures parapubliques (CMIE Faladié, MIPROMA, Mutuelle Demba-Nyuma, Mutuelle Union Santé, Base 101), l'ONG ASDAP, le Projet Jeunes et quelques structures sanitaires privées (26 cabinets médicaux, 17 cliniques, 4 cabinets de soins, 5 cabinets pour Sage-femme, 16 tradithérapeutes, 2 laboratoires et 35 officines).

### **4.2 Population d'étude:**

Le personnel et le bureau ASACO des 11 CSCOM fonctionnel de la commune VI du district de Bamako

### **4.3 Période et type d'étude:**

Etude transversale descriptive d'une durée de 6 mois.

### **4.4 Critères d'inclusion:**

Sont inclus dans notre étude tous les CSCOM de la commune VI du district de Bamako ayant accepté de participer à l'étude.

### **4.5 Critères de non-inclusion:**

Ne sont pas inclus dans notre étude tous les CSCOM de la commune VI du district de Bamako non fonctionnel ou n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

### **4.6 Echantillonnage:**

Il s'agissait de faire l'enquête dans tous les CSCOM fonctionnel de la commune VI qui font l'activité énumérer dans nos fiches d'enquêtes.

### **4.7 Plan de collecte des données:**

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquêtes préétablies pour les CSCOM enquêtés. Les informations ont été recueillies à partir des interrogatoires.

## **4.8 Analyse des données:**

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête, saisies et analysées par le logiciel SPSS version 18.

## **4.9 Considérations éthiques:**

Le respect de l'éthique et de la déontologie médicale faisait partie intégrante de notre étude. Le but de notre étude leur a été expliqué. L'inclusion nécessitait un accord préalable de la personne enquêtée.

Nous avons préservé l'anonymat de l'identité des participantes ainsi que la confidentialité des données recueillies.

## **4.10 Critères d'évaluations**

4.10.1. La gouvernance de l'ASACO : L'évaluation de la gouvernance a été réalisée selon un certain nombre de critères :

- Fonctionnalité (Basée sur l'existence d'un bureau ASACO)
- La tenue des réunions (au moins 2 réunions annuelle effectué (bureau ASACO) et au moins une réunion mensuelle (C.A))
- La représentativité des femmes à 30% dans les bureaux ASACO
- L'existence de contrat pour le personnel et l'inscription à l'INPS
- L'envoi des rapports d'activités au CSRef ; au développement social ; à la mairie et à la FELASCOM
- Le paiement des quotes-parts
- La motivation du personnel
- La gestion financière

4.10.2. Bâtiments

- L'état du bâtiment
- La construction d'un nouveau bâtiment
- La suffisance de bâtiment pour l'exécution des activités
- L'aménagement de la cour

4.10.3. Accessibilité

- La distance et l'état de la route

4.10.4. Soutien/Appui

- L'existence de partenaire

- Nombre de partenaire

#### 4.10.5. Aménagements structurels

- La propreté du centre
- La suffisance et la propreté des toilettes
- La présence d'eau de décontamination ; de stérilisateur
- La présence de poste de lavage à main devant la porte d'entrée
- L'eau et l'électricité
- Le respect du tri des déchets et l'affiliation à un GIE de ramassage
- Le moyen de communication

#### 4.10.6. Personnel

- Le type de contrat

#### 4.10.7. Services cliniques et d'urgence généraux

- Le paquet minimum d'activité
- La présence d'ambulance
- Gestion clinique des cas de viol
- Plaidoyer aux leaders communautaires sur les IST/VIH

#### 4.10.8. Pharmacie

- Le respect du schéma d'approvisionnement des médicaments
- La disponibilité des documents normatifs
- Le respect des conditions de stockage des médicaments
- La disponibilité des médicaments du panier ; de la mère et de l'enfant
- Le respect de cinq principes de gestion : le maintien du capital de dépôt de vente, le principe de séparation des caisses, le principe de gestion des produits gratuits et dons, le principe de participation de la population dans la gestion et le principe de la transparence des comptes

#### 4.10.9. Laboratoire

- Le respect des normes de construction
- La présence de la fiche de stock pour la gestion des réactifs et des consommables
- La faisabilité de certaines analyses biomédicales

4.10.10. Gestion financière

- Livre de banque
- La prévision de budget de fonctionnement
- Le versement de recettes à la banque
- L'archivage des factures et B.L
- L'existence de registre pour les versements

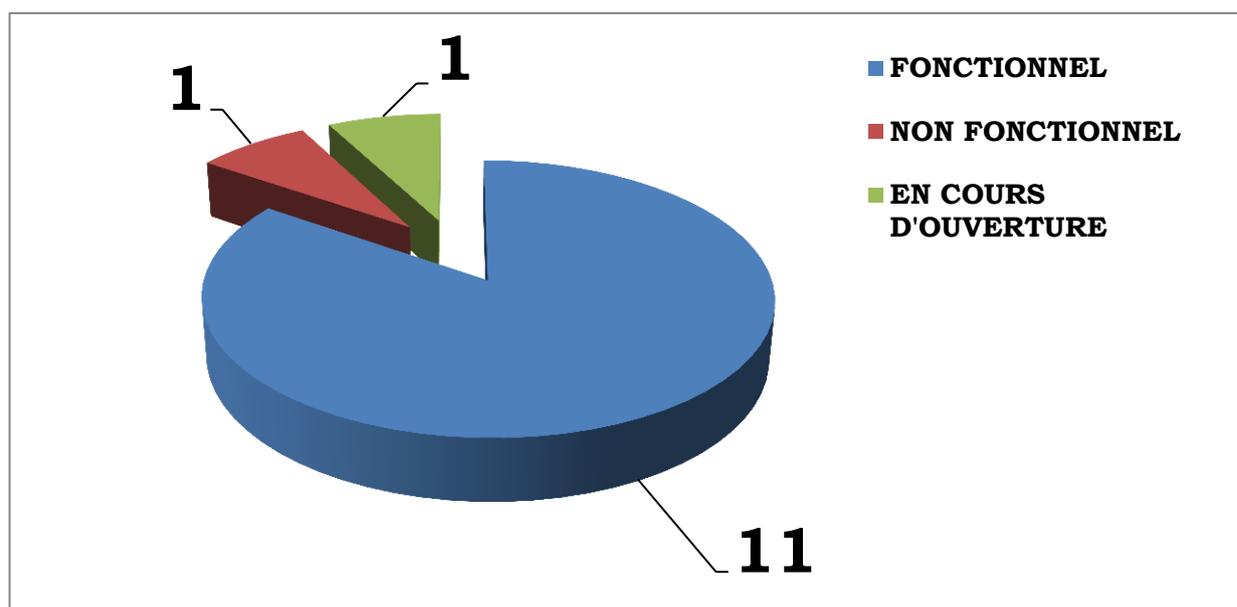
# **RESULTATS**

## 5 RESULTATS

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur l'évaluation des centres de sante communautaire de la commune VI de l'initiative de Bamako à nos jours.

L'étude concernait 13 CSCOM de la commune VI dont 11 sont fonctionnels, 1 non fonctionnel et 1 en cours d'ouverture.

### 5.1 Gouvernance de l'ASACO



**Figure1: Répartition des CSCOM en fonction de leurs fonctionnalités**

En commune VI, 11/13 CSCOM étaient fonctionnels avec **84,61%** des cas

**Tableau II : Répartition des CSCOM selon la fonctionnalité du bureau ASACO**

Fonctionnalité du bureau ASACO	Nb	Pourcentage
<b>Fonctionnel</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>
Non fonctionnel	1	9,09
Total	11	100

Le bureau ASACO était fonctionnel dans 10 CSCOM avec **90,91%**.

**Tableau III : Répartition des CSCOM selon la tenue régulière des réunions**

<b>Tenue des réunions</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>6</b>	<b>54,55</b>
Non	5	45,45
Total	11	100

Un peu plus de la moitié des CSCOM tenait régulièrement leurs réunions avec **54.55%**

**Tableau IV : Répartition des CSCOM selon la représentativité des femmes à 30% dans le bureau ASACO**

<b>Représentativité des femmes à 30%</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	5	45,45
<b>Non</b>	<b>6</b>	<b>54,55</b>
Total	11	100

Dans **54.55%** des cas les femmes n'avaient pas la représentativité de 30%

**Tableau V : Répartition des CSCOM selon l'existence d'un contrat pour le personnel et l'inscription à l'INPS**

<b>Existence de contrat pour le personnel et l'inscription à l'INPS</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
Existant	7	63,64
<b>Non existant</b>	<b>4</b>	<b>36,36</b>
Total	11	100

Dans **36,36%** des CSCOM il n'existait pas de contrat pour le personnel et ni l'inscription à l'INPS

**Tableau VI : Répartition des CSCOM selon l'envoi des rapports d'activité**

<b>Envoi des rapports d'activité</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>
Non	1	9,09
Total	11	100

L'envoi des rapports était effectif dans 10 CSCOM avec **90,91%**

**Tableau VII : Répartition des CSCOM selon le paiement des quotes-parts**

<b>Paiement des quotes-parts</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>
Non	1	9,09
Total	11	100

La majorité des CSCOM payait leurs quotes-parts avec **90.91%**

**Tableau VIII : Répartition des CSCOM selon la motivation du personnel**

<b>Motivation du personnel</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Non	3	27,27
Total	11	100

Le personnel était motivé dans 8 CSCOM avec **72,73%**.

## 5.2 Bâtiment

**Tableau IX : Répartition des CSCOM selon l'état des bâtiments**

<b>Etat des bâtiments</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Intact</b>	<b>9</b>	<b>81,82</b>
Endommagé	2	18,18
Total	11	100

Les bâtiments étaient intacts dans 9 CSCOM avec **81,82%**

**Tableau X : Répartition des CSCOM selon la construction d'un nouveau bâtiment**

<b>Construction d'un nouveau bâtiment</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Non	3	27,27
Total	11	100

Il a eu la construction au moins un nouveau bâtiment dans 8 CSCOM avec **72,73%**

**Tableau XI : Répartition des CSCOM selon la suffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités**

<b>Suffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
Suffisant	1	9,09
<b>Non suffisant</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>
Total	11	100

La majorité des CSCOM était en insuffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités avec **90,91%**

**Tableau XII : Répartition des CSCOM selon l'aménagement de la cour**

Aménagement de la cour	Nb	Pourcentage
Oui	3	27,27
<b>Non</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Total	11	100

La cour n'était pas aménagée dans 8 CSCOM avec **72,73%**.

### 5.3 Accessibilité

**Tableau XIII : Répartition des CSCOM selon l'accessibilité routière**

Accessibilité	Nb	Pourcentage
<b>Facilement accessible</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Difficilement accessible	3	27,27
Total	11	100

L'accès était facile dans 8 CSCOM avec **72,73%**

### 5.4 Soutien/Appui :

**Tableau XIV: Répartition des CSCOM selon leurs collaborations avec les partenaires**

Partenariat avec l'ONG	Nb	Pourcentage
Oui	5	45,45
<b>Non</b>	<b>6</b>	<b>54,55</b>
Total	11	100

En dehors de l'état, la majorité des CSCOM n'avait pas de partenaire avec **54,55%**

## 5.5 Aménagements structurels

Tableau XV : Répartition des CSCOM selon la propreté du centre

Propreté du centre	Nb	Pourcentage
Oui	7	63,64
Non	4	36,36
Total	11	100

La majorité des CSCOM était propre avec **63,64%**

### PERSONNEL DU CSCOM

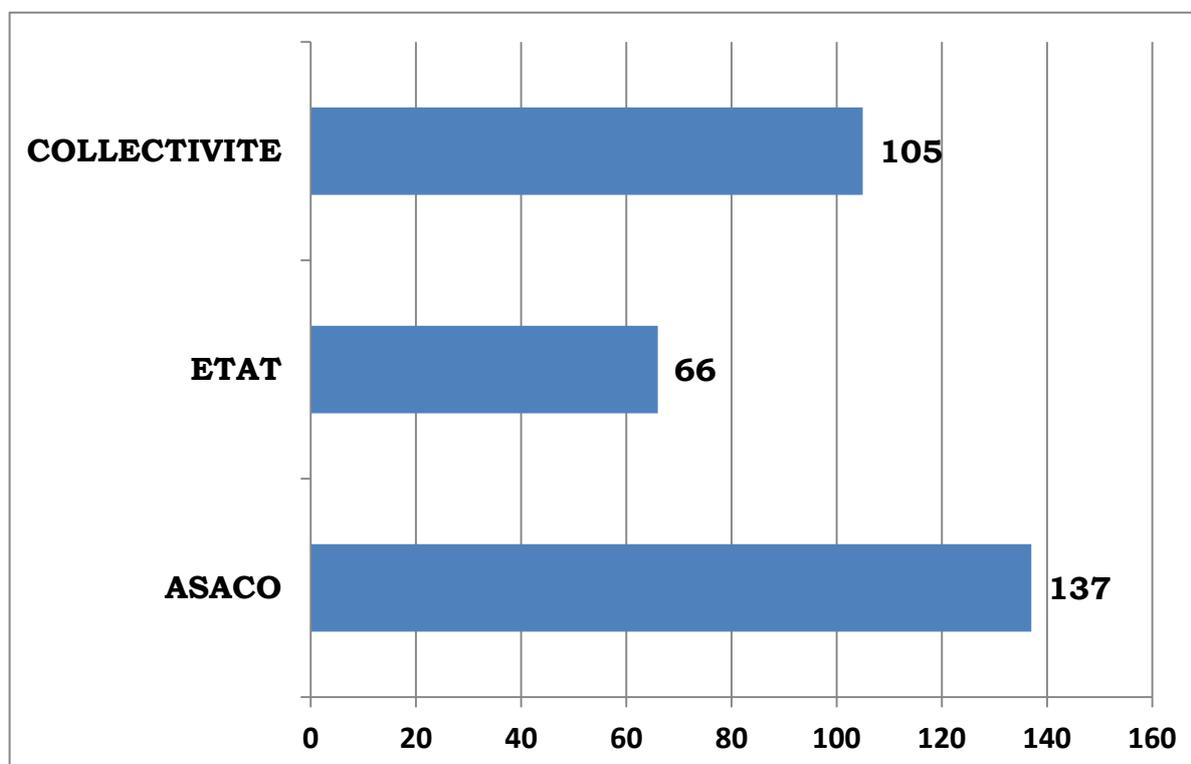
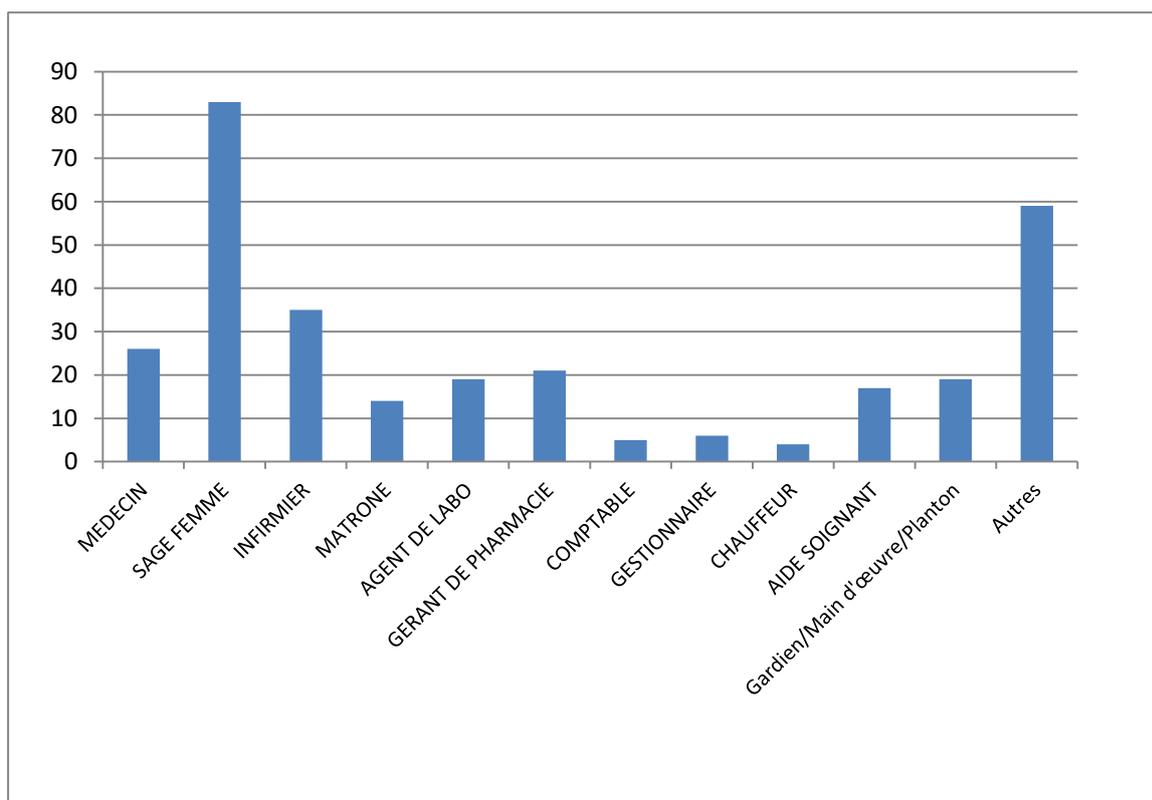


Figure 2: Répartition des agents selon le type de contrat

La majorité des agents du CSCOM était au compte de l'ASACO avec (137/308) soit **44,48%**



*Autres* : Coursier, Nutritionniste, Informaticien

**Figure3: Répartition des CSCOM selon les profils de personnel**

Les sages-femmes représentaient le plus grand nombre de personnel avec **(26,94%)**

## 5.6 PHARMACIE

**Tableau XVI : Répartition des CSCOM selon le respect du schéma d'approvisionnement**

<b>Respect du schéma d'approvisionnement</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	3	27,27
<b>Non</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Total	11	100

Le schéma d'approvisionnement n'était pas respecté dans la majorité des CSCOM avec **72,73%**.

**Tableau XVII : Répartition des CSCOM selon la disponibilité des documents normatifs**

Disponibilité des documents normatifs	Oui		Non	
	Nb	%	Nb	%
LNME	7	63,64	4	36,36
Manuel SDASME	9	81,82	2	18,18
Formulaire thérapeutique	5	45,45	6	54,55
Guide thérapeutique	3	27,27	8	72,73
<b>Fiche de notifications des effets secondaires</b>	1	9,09	<b>10</b>	<b>90,91</b>
Fiche d'inventaire	9	81,82	2	18,18
<b>CRGS</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	0	0
<b>Procédures opératoires standards SIGL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	0	0
Fiche de stock	<b>11</b>	<b>100</b>	0	0
<b>Bon de commande</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	0	0
<b>Bordereau de livraison</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	0	0

Il ressort de ce tableau que la fiche de stock, le bon de commande, CRGS, le bordereau de livraison, et procédures opératoires standards SIGL étaient disponible dans tous les dépôts de vente des CSCOM.

La majorité des CSCOM ne remplissaient pas la fiche de notification des effets secondaires avec **90,91%**

**TableauXVIII : Répartition des CSCOM selon les conditions de stockages des médicaments**

Conditions de stockage	Oui		Non	
	Nb	%	Nb	%
Respect de la chaine de froid	11	100	0	0
Zones de stockage séparées	11	100	0	0
Fiche de stock à jour	7	63,64	4	36,36
Stock au sol	9	81,82	2	18,18
Stock de sécurité	5	45,45	6	54,55
Forme galénique	10	90,91	10	9,09
Fiche d'inventaire	9	81,82	2	18,18
DV se ferme à clé	11	100	0	0
Procédures opératoires standards SIGL	11	100	0	0
Trace de rongeurs	2	18,18	9	81,82
Présence d'humidité	7	63,64	4	36,36
Existence de rideaux	9	81,82	2	18,18

Il ressort de ce tableau que la chaine de froid, étaient disponible dans tous les dépôts de vente des CSCOM.

**TableauXIX : Répartition des CSCOM selon la disponibilité des médicaments du panier et des médicaments de la mère et de l'enfant**

Disponibilité des médicaments	Oui		Non		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Médicaments du panier	8	72,73	3	27,27	11	100
Médicaments de la mère et de l'enfant	8	72,73	3	27,27	11	100

Les médicaments du panier et des médicaments de la mère et de l'enfant étaient disponibles dans 8 CSCOM avec **72,73%**

**Tableau XX : Répartition des CSCOM selon le maintien du capital de dépôt de vente**

<b>Maintien du capital de dépôt de vente</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Non	3	27,27
Total	11	100

Le capital de dépôt de vente était maintenu dans 8 CSCOM avec **72,73%**.

## **5.7 LABORATOIRE**

**Tableau XXI : Répartition des CSCOM selon le respect des normes de construction du laboratoire**

<b>Normes de construction</b>	<b>Nb</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	3	27,27
<b>Non</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>
Total	11	100

Les normes de construction n'étaient pas respectées dans 8 CSCOM avec **72,73%**.

**TableauXXII: Répartition des CSCOM selon la faisabilité de certaines analyses biomédicales**

Analyses biomédicaux	Oui		Non	
	Nb	%	Nb	%
NFS	0	0	11	100
Vitesse de sédimentation	0	0	11	100
Hb	7	63,64	4	36,36
Hte	5	45,45	6	54,55
Test d'Emmel	10	90,91	1	9,09
TS TC	5	45,45	6	54,55
Groupage	11	100	0	0
Transfusion	1	9,09	10	90,91
Hbs	3	27,27	8	72,73
ASLO	3	27,27	8	72,73
BW	10	90,91	1	9,09
Widal	11	100	0	0
VIH	11	100	0	0
Toxoplasmose	11	100	0	0
Goutte épaisse	11	100	0	0
Selle POK	5	45,45	6	54,55
BK	1	9,09	10	90,91
ECBU	4	36,36	7	63,64
Prélèvement vaginal	3	27,27	8	72,73
SNIP	0	0	11	100
Azotémie	2	18,18	9	81,82
Glycémie	10	90,91	1	9,09
Transaminase	2	18,18	9	81,82
Créatinémie	2	18,18	9	81,82
Albuminurie	10	90,91	1	9,09
Glycosurie	7	63,64	4	36,36
UCG	3	27,27	8	72,73

Le groupage sanguin, Widal, VIH, Toxoplasmose, Goutte épaisse étaient réalisés dans tous les CSCOM

Aucun CSCOM ne faisait la NFS et la vitesse de sédimentation.

## 5.8 GESTION FINANCIERE

**Tableau XXIII : Répartition des CSCOM selon la présence des documents comptable**

Gestion financière	Oui		Non	
	Nb	%	Nb	%
<b>Livre de banque</b>	<b>9</b>	<b>81,82</b>	<b>2</b>	<b>18,18</b>
Versement des recettes à la banque	5	45,45	6	54,55
<b>Prévision de budget de fonctionnement</b>	<b>5</b>	<b>45,45</b>	<b>6</b>	<b>54,55</b>
Conformité des versements avec les factures	8	72,73	3	27,27
Archivage des factures et BL	8	72,73	3	27,27
Existence de registre pour les versements	8	72,73	3	27,27

Il existait le livre de la banque dans 9 CSCOM avec **81,82%**.

La prévision budgétaire était effective dans 6 CSCOM soit **54,55%**.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **6 Commentaire et Discussion**

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur l'évolution de la sante communautaire en commune VI de l'initiative de Bamako à nos jours. L'étude concernait 13 CSCOM de la commune VI dont 11 étaient fonctionnels, 1 non fonctionnel et 1 en cours d'ouverture.

La réalisation de la présente étude a été rendue difficile par le manque d'uniformité entre les différentes bases de recueil des données existantes et par le manque de recueil de certaines informations très utiles pour approfondir l'analyse. Et aussi nous n'avons pas tenue en compte dans cette étude l'aspect participatif de la communauté (opinion des usagers des CSCOM).

### **❖ Gouvernance de l'ASACO**

La majorité des bureaux ASACO était fonctionnel avec **90,91%**.

Notre résultat montre une amélioration de la fonctionnalité des bureaux ASACO comparativement à celui de **Diarra S.** qui a trouvé dans son étude à Kayes en 2006 que **40,9%** des ASACO étaient fonctionnelles(19).

Conformément aux dispositions du décret n° 05-299/PRM du 24 juin 2002, tous les CSCOM avaient signé la CAM avec la Mairie. Ce décret stipule que l'association de santé communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec la mairie de la commune du lieu d'implantation du centre de santé communautaire(18). En outres, L'envoi des rapports d'activités au CSRef ; au développement social ; à la mairie et à la FELASCOM était effectif dans 10 CSCOM avec **90,91%**. Ce qui montre le respect de la CAM par les CSCOM.

Près de la moitié des ASACO, soit **45,45%** ne tenaient pas régulièrement leurs réunions du C.A. Ceci pourrait être dû à l'indisponibilité de la plupart des membres du C.A qui exerçaient d'autres métiers incompatibles avec les activités du C.A et pourrait être un handicap à la bonne gestion des ASACO. Nous avons observé dans 6 CSCOM (**54.55%**) que les femmes n'avaient pas une représentativité de 30% dans le bureau ASACO comme demande par la loi N°2015-052 adoptée par l'assemblée nationale le 18 décembre 2015, qui

prévoit l'octroi de 30 % pour les femmes dans les postes nominatifs et électifs(20).

Le personnel de quelques CSCOM (**36,36%**) n'avaient ni de contrat ni inscription à l'INPS. Ce constat pourrait être source de démotivation pour le personnel, par conséquent joué sur la performance du CSCOM. Par contre, notre résultat montre une amélioration des conditions du personnel comparativement à une étude réalisée par **BERTHE H.** qui a trouvé **52%** de personnel qui n'étaient pas sous contrat(21).

Dans notre étude une seule ASACO ne payait pas la quote-part soit **9,09%**. Ce qui était nettement inférieur à celui de **Diarra S. et al** à Kayes où il était de **38,59%**(21). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon qui était plus petit.

Le personnel était motivé dans **72,73%** des CSCOM. La principale source de motivation était l'argent sous forme de ristourne avec **54,55%** suivi de verbale à **27,27%** et de ristourne plus verbale **18,18%**.

Notre résultat est similaire à une étude réalisé par **SOMBORO A,A,P.** qui avait trouvé que **85,71%** du personnel à l'ASACOLA1 et **50%** à l'ASACOLA2, le système de motivation du personnel était effectué d'une manière verbale dans **37,5%** des cas, il était sous formes de ristourne dans **50%** des cas, il était verbal et sous forme de ristourne dans **12,5%** des cas (22).

### **❖ Etat du bâtiment**

Les bâtiments étaient intacts dans 9 CSCOM avec **81,82%**. Ceci montre la forte implication du bureau ASACO dans l'entretien du CSCOM et pourrait entraîner une hausse de la fréquentation de la structure. Toutefois, La majorité des CSCOM soit **90,91%** était en insuffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités et ils se plaignaient entre autres des bâtiments pour la PTME, CPON, PF, PEV, Nutrition, Counseling etc. Ceci pourrait jouer sur la performance de ces CSCOM vu qu'ils sont en manque de local pour mener à bien leurs activités. Cependant il a eu la construction au moins un nouveau bâtiment dans 8 CSCOM avec **72,73%**, montrant une amélioration en termes d'infrastructure. Mais qui s'avère peu car un seul CSCOM soit **9,09%** avait suffisamment de bâtiments pour la réalisation de ses activités.

La cour n'était pas aménagée dans 8 CSCOM avec **72,73%**. Ceci pourrait déranger les utilisateurs et aussi avoir un impact sur l'assainissement des CSCOM car une cour aménagée peut être facilement nettoyée qu'une cour non aménagée.

### **❖ Accessibilité**

L'accessibilité au CSCOM était facile dans 8 CSCOM soit **72,73%**.

Selon **KEITA M.** l'accessibilité géographique reste dans l'ensemble bonne : **82,5%** de la population peut accéder à un CSCOM en une demi-heure de marche et à moto, une dizaine de minutes suffisent pour que **80%** de la population rallie un CSCOM (23).

Par contre 3 CSCOM soit **27,27%** montraient une accessibilité difficile à causes l'état de la route et la distance. Ce qui pourrait jouer sur la fréquentation de la structure.

### **❖ Soutien/Appui**

La majorité des CSCOM soit **54,55%** n'avaient pas de fonds en dehors de ceux générés par leurs structures et l'aide de l'Etat. Ceci pourrait être lié à un déficit de partenariats et de soutien.

Par ailleurs d'autres CSCOM ont pu développer des partenariats avec les ONG notamment : ONG Muso; World Vision; Médecin sans frontière; APPA Mali; Handicap Mali; Daimin So; Croix Rouge ;Mairie d'Angers; PSI; Marie Stoppe International; Djark Fondation; Ecole des Maris Model. Le partenariat avec ces ONG ont permis une grande amélioration des activités de ces CSCOM via la construction des bâtiments, la formation de personnel, don des matériaux et d'argent.

### **❖ Aménagements structurels**

La majorité des CSCOM était propre avec **63,64%**. Les toilettes étaient disponibles dans toutes les structures.

Le triage des déchets biomédicaux était respecté à **100%** et tous les CSCOM étaient affiliés à un GIE de ramassage des DBM. Les DBM étaient enlevés en temps. Ces résultats montrent une grande amélioration des conditions de gestion des DBM comparativement à une étude réalisée par SIDIBE Y. qui a trouvé un retard d'enlèvement des DBM dans plus de **60%** des cas(24).

L'électricité et l'eau étaient disponibles et suffisantes dans tous les CSCOM et fournies principalement par l'EDM et la SOMAGEP s.a.

Il y'avait également la présence des postes de lavages de main (eau + savon et/ou les solutions hydro-alcooliques) à l'entrée de tous les CSCOM. Ce constat pourrait indiquer une réelle implication des autorités de gestion dans les procédures d'aménagements structurels.

### **❖ Personnel du CSCOM**

Les travailleurs au compte des ASACO étaient les plus représentés avec **44,48%** du personnel suivie de ceux de la collectivité et de l'Etat avec respectivement **34,09%** et **21,43%**. Ces résultats montrent que les ASACO arrivent à se prendre en charge, atteignant ainsi l'un des objectifs de leur création (17). D'ailleurs, l'étude de **SANAMA D,C,C.** confirme nos trouvailles avec **57,1%** et **78,6%** des travailleurs qui étaient au compte de l'ASACO respectivement dans l'ASACOBOUT1 et l'ASACOBOUT2(25).

Dans tous les CSCOM, le poste du DTC était assuré par un médecin. Ceci pourrait être un atout pour les CSCOM vu la compétence de ce dernier.

Les sages-femmes représentaient le plus grand nombre de personnel avec **26,94%** suivi des infirmiers avec **11,36%** et les chauffeurs qui étaient les moins représentés avec **1,29%**.

Nos résultats ont indiqué que **69,80%** de personnel ont bénéficié d'au moins une session de formation. Ce résultat nous montre qu'il y'a plus d'opportunité, de formation interne et de renforcement des capacités. D'autres études réalisées en 2015 ont montré des résultats similaires, notamment celle de **SACKO H.** à l'ASACOHAM avec **25%** (9) et de **SY F.** avec **80%** à l'ASACOBENKADI (26).

### **❖ Services cliniques et d'urgence généraux**

Nous avons observé que tous les CSCOM assurent pleinement le paquet minimum d'activité (CPN, CPON, PEV, SPE, IEC, accouchement, consultation curative). L'analyse de ces résultats nous indique que l'ensemble des CSCOM ont atteint leur objectif primordial qu'est le paquet minimum d'activité (**PMA**).

La majorité des CSCOM n'avait pas d'ambulance (**81,82%**), Ceci pourrait rendre difficile les évacuations sanitaires rapide de certains malades.

### **❖ PHARMACIE**

Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels n'était pas respecté par 8 des CSCOM soit **72,73%**. En effet selon le SDADME, les CSCOMS doivent s'approvisionner auprès du DRC des CSRef sauf en cas de rupture confirmée par ceux-ci(27).

Les médicaments étaient bien conservés dans 9 CSCOM avec **81,82%**. Toutefois nous avons remarqué un faible niveau de conservation dans 2 CSCOM avec la présence des médicaments disposés au sol. Ce constat pourrait avoir un impact sur la qualité des médicaments.

La chaîne de froid était respectée dans tous les CSCOM. Ce résultat permet d'assurer la bonne conservation des médicaments sensibles.

La fiche de stock, le bon de commande, CRGS, le bordereau de livraison, les procédures opératoires standards et SIGL étaient disponibles dans tous les CSCOM. Ces supports de gestion des médicaments essentiels sont des outils qui sont indispensables pour une gestion rationnelle des médicaments dans les structures de santé. Ils doivent être remplis avec soin et doivent être à jour. Une bonne tenue de ces outils de gestion aide entre autres à: maintenir un stock approprié; éviter de surstock; éviter les péremptions; éviter les ruptures de stock, assurer une prestation de services adéquate.

Par ailleurs la majorité des CSCOM ne remplissaient pas la fiche de notification des effets secondaires avec **90,91%**.

La fiche de notification des effets secondaires est une fiche dans laquelle sont mentionnés les effets secondaires des médicaments essentiels, mais cette fiche n'était pas disponible dans toutes les structures (**27**).

Les médicaments du panier et les médicaments de la mère et de l'enfant étaient disponibles dans 8 CSCOM avec **72,73%**. Les 3 autres CSCOM montraient une liste incomplète de ces médicaments avec au moins un produit en rupture.

Le capital de dépôt de vente était maintenu dans 8 CSCOM avec **72,73%**. Ce résultat est inférieur à une étude réalisée par **BERTHE H.** en 2018 qui avait trouvé que le capital était maintenu dans **84%** des D.V (21). Notre faible

résultat pourrait être dû à la mauvaise gestion financière des dépôts de médicaments par ASACO.

L'inventaire était mensuel dans tous les CSCOM. Ce résultat est similaire à celui de **BERTHE H.** qui avait trouvé dans son étude que l'inventaire était mensuel dans **96%** des CSCOM(21).

### ❖ **LABORATOIRE**

Actuellement, la biosécurité exige des locaux avec des plans de circulation précis des échantillons et des plans d'élimination des déchets biomédicaux. Tous les laboratoires doivent être composés au minimum d'une salle d'attente, de prélèvement, de lavage de matériels et stérilisation, de travail (Hématologie, biochimie, microbiologie, parasitologie, et biologie moléculaire pour la deuxième et troisième référence), une salle de stockage, une salle de conservation des produits de laboratoires, une salle de conservation des échantillons du laboratoire, une salle administration composée de bureaux et toilettes d'un incinérateur dans le centre (28).

Malheureusement, il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Nos résultats indiquent que 8 CSCOM ne répondaient pas aux normes énumérées ci-haut. Ce constat était déjà décrit par **DICKO B.** en 2005 (28), montrant que la moitié des laboratoires ne répondait aux normes. Une autre étude réalisée par **DIABATE D.** allait dans ce sens (29) a fait le constat de cette mauvaise conception de locaux.

Tous les CSCOM arrivaient à réaliser un certain nombre de test comme le Widal, VIH, Toxoplasmose, Goutte épaisse, Glycémie, Albuminurie et le groupage sanguin. Ces différents tests pourraient améliorer la prise en charge des urgences et surtout la CPN.

### ❖ **GESTION FINANCIERE**

Dans 9 CSCOM, il avait l'existence du livre de banque et les versements étaient conformes avec des factures bien archivés. Ce résultat pourrait montrer la transparence dans la gestion des comptes.

La Prévision du budget de fonctionnement était effective dans 6 CSCOM.

Ce résultat est largement inférieur à celui de **COULIBALY K.**(30) qui avait trouvé que **92,30%** des CSCOM avaient prévus un budget de fonctionnement.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

## **7 CONCLUSION**

Au terme de notre étude qui portait sur l'évaluation de la capacité opérationnelle des CSCOM de la commune 6 du district de Bamako depuis l'initiative de Bamako à nos jours, nous avons pu obtenir les résultats suivants :

Les ASACO étaient fonctionnelles dans 10 CSCOM, tous les CSCOM avaient signés la CAM avec la Mairie. Dans plus de la moitié des CSCOM, les femmes n'avaient pas le quota de 30% dans le comité d'administration.

Les bâtiments étaient intacts dans 9 CSCOM. Il a eu la construction d'un nouveau bâtiment dans 8 CSCOM. La majorité des CSCOM était en insuffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités.

Dans 3 CSCOM l'accessibilité routière au CSCOM était difficile. Les toilettes étaient disponibles dans tous les CSCOM avec une insuffisance de salubrité dans 7 CSCOM. Le triage des déchets biomédicaux et leur ramassage était respecté dans tous les CSCOM.

Le paquet minimum d'activités était bien assuré dans tous les CSCOM. Le SDADME n'était pas respecté dans 8 des CSCOM et Les médicaments du panier et des médicaments de la mère et de l'enfant étaient disponibles dans 8 CSCOM.

Dans 8 CSCOM les laboratoires n'étaient pas conformes aux normes de construction. Le versement des recettes à la banque et la Prévion de budget de fonctionnement étaient effectifs dans 6 CSCOM.

## 8 RECOMMANDATIONS

### **Au Ministère de la santé**

- Amener l'Etat et les ASACO à respecter la convention d'assistance mutuelle ;
- Former les responsables de l'association et les agents de santé aux techniques modernes de sensibilisation et de mobilisation sociale afin de pérenniser ce secteur de santé ;
- Aider les ASACO/CSCOM à atteindre leurs objectifs en renforçant l'appui technique et administratif.

### **Aux ASACO :**

- Rendre des comptes à la population par rapport à la gestion et le fonctionnement du CSCOM, en convoquant les AG comme le règlement intérieur le stipule,
- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population afin qu'elle puisse comprendre et adhérer pleinement à cette idée de santé communautaire,
- Etablir le budget prévisionnel de l'année afin de mesurer de façon efficace les progrès en termes de gestion tout en déterminant les indicateurs de performance,
- Prévoir une gestion informatisée du centre pour fiabiliser les données statistiques aussi bien techniques que financières,
- Recruter assez de personnel qualifié pour la gestion des activités du CSCOM,
- Améliorer les infrastructures,
- Respecter le SDADME,
- Doter chaque centre de santé d'un laboratoire d'analyse adapté et mettre à la disposition des laboratoires, des équipements adaptés,
- Améliorer les conditions de vie et de travail du personnel ;
- Assurer la formation et le recyclage des personnels des CSCOM ;
- Améliorer la qualité des dépôts de vente des médicaments

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## 9 Références bibliographiques

1. Konate MK, Kanté B, Djènèpo DF. Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali étude de cas en milieu urbain et rural. 2003;36. Disponible sur: <http://www.unrisd.org>
2. Iknane AA, Balique H, Diawara A, Konate S, Niangaly A, Thiero TA, et al. La santé communautaire au Mali: Acquis, enjeux et perspectives après deux décennies de mise en œuvre. Mali Sante Publique [Internet]. 30 juin 2011 [cité 23 juin 2021];40- 8. Disponible sur: <http://revues.ml/index.php/msp/article/view/136>
3. Ouattara O, Boré A, Traoré M. Évaluation de la santé communautaire au Mali. 2018;
4. Coulibaly OS. Evaluation de la qualité des soins dans le CSCOM de korafina nord ASAKONORD [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2009.
5. KIKULE K, DIARRA S, SANGARE A. Evaluation du système de réglementation des médicaments de la Direction de la pharmacie et du médicament, Mali. 2017.
6. Coulibaly I. VENTES-CONSEIL EN OFFICINE « Perspectives vers l'optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients » [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2008.
7. Coovi LC. Assurance qualité: Etats des lieux et propositions de solutions en vue de l'application des bonnes pratiques de distribution dans les établissements de vente en gros de produits pharmaceutique. Cas de la COPHARMA [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2000.
8. MADEGNAN MJ. Viabilité des structures de santé communautaire de 2010 à 2012 : cas de l'ASACOBENKADI en commune I du district de Bamako [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2013.
9. SACKO H. Viabilité du centre de santé communautaire de Hamdallaye en commune IV du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2015.
10. ROUMANATOU M. Evaluation de la disponibilité et de la commercialisation des médicaments après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des établissements d'importation et de vente en gros des médicaments de Bamako [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2008.

11. Audibert M, Auguste, Henry. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation. Département du développement humain. Région Afrique. Banque mondiale; 2005.
12. Motamed S. Qu'est-ce que la santé communautaire ? sept 2015;91(7):567.
13. TRAORE M. Viabilité du centre de sante communautaire de Garantiguibougou en commune v du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2019.
14. Balique H, Ouattara O. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. 2001;13(1):35- 48.
15. SAMASSEKOU A. Présentation sur la carte sanitaire [Internet]. Disponible sur: [www.santé.gov.ml](http://www.santé.gov.ml)
16. KANTA K. Utilisation des services de santé et perception de qualité [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2007.
17. 16ème EDITION DE LA JOURNEE DE L'ORDRE DES PHARMACIENS COMMUNICATION DE LA FENASCOM ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES DE GESTION [Internet]. Disponible sur: [slideplayer.fr/slide/11698962](http://slideplayer.fr/slide/11698962)
18. Décret 05-299 Conditions de création des Cscm [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com\\_content&task=view&id=272&Itemid=91](http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&task=view&id=272&Itemid=91)
19. DIARRA S, CISSE M, MACALOU B, DIA T, DIALLO A, BENGALY I. Fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de kayes en 2016. JaccrAfrica. 2020;133- 7.
20. Secrétariat général du gouvernement, Mali, journal officiel. Loi instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l'accès aux fonctions nominatives et electives. 2015- 052 Décembre 18, 2015.
21. BERTHE H. Utilisation des supports de gestion des médicaments essentiels dans les structures de santé de Dioïla : cas de 23 CSCom et du CSRéf [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2018.
22. SOMBORO AAP. Evaluation de la gestion de deux centres de santé communautaire CSCOM de Lafiabougou en commune IV du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2020.
23. KEITA M. Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits « mo

- rnés » dans le district de Bamako (Mali). Espace populations sociétés Space populations societies [Internet]. 22 juin 2018 [cité 18 janvier 2021];(2018/1-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/eps/7707>
24. SIDIBE Y. Problématique de la gestion des déchets biomédicaux en commune IV du district de Bamako [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2011.
  25. SANAMA DCC. Etude de la gestion des ASACO : le cas des CSCOM 1 et 2 de Boukassoumbougou au sein du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2010.
  26. SY FM. Evaluation de la viabilité du centre de sante communautaire de BENKADI en commune II du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2015.
  27. DPM. Manuel du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels. 2010.
  28. Dicko B. Etude de la prise en charge des analyses biomédicales dans les six centres de sante de référence de Bamako: de juillet à novembre 2003 [Thèse de pharmacie]. [Bamako/Mali]: Faculté de Pharmacie; USTTB; 2005.
  29. DIABATE D. Comment améliorer la gestion des laboratoires d'analyses biomédicales du secteur public au Mali en vue d'une meilleure efficacité [Mémoire de recyclage]. [France]: Université Montpellier I; 1999.
  30. COULIBALY K. Evaluation de la gestion des CSCOM du district sanitaire de Macina [Thèse de médecine]. [Bamako/Mali]: Faculté de Médecine; USTTB; 2010.

# **ANNEXES**

## **10 FICHE D'ENQUETE**

### **FICHE D'ENQUETE n°1**

<b>Formation sanitaire (FOSA)</b>	
Nom et l'Adresse de la FOSA	
Statut FOSA <b>(Fonctionnalité du CSCOM)</b>	<input type="checkbox"/> Fonctionnelle <input type="checkbox"/> Non fonctionnelle
	Si la FOSA est non fonctionnelle, veuillez préciser la ou les principales :.....
Population couvert par la FOSA	
Affiliation FOSA	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Confessionnel  <input type="checkbox"/> Autre
Nom du référent FOSA (DTC)	Numéro de téléphone
Fonction du référent FOSA (DTC)	E-mail

<b>Gouvernance de l'ASACO</b>	OUI	NON	Observation
Présence d'un bureau ASACO			
Présence d'un C.A (5 membres )			
Tenue régulière des réunions de C.A			
Représentativité des femmes à 30% dans C.A			
Existence de contrat pour le personnel			
Inscription du personnel à l'INPS			
Envoi des rapports d'activités au CSRef ; à la mairie et			

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

à la FELASCOM			
Païement des quotes-parts			
Motivation de personnel			

<b>Etat du bâtiment</b>			
Dommages aux bâtiments intacts (ou dégâts insignifiants)	<input type="checkbox"/> Intact (ou dégâts insignifiants) <input type="checkbox"/> Partiellement endommagé (besoin de Réparations considérables ou à grande échelle) <input type="checkbox"/> Complètement endommagé ou dommages majeurs (nécessitant une reconstitution complète ou les coûts de réparations seraient aussi élevés que ceux de la reconstitution)		
	Préciser les bâtiments endommagés		
Si la FOSA est partiellement ou complètement endommagée, veuillez préciser la ou les causes principales en sélectionnant 1 et 3 réponses	<input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Catastrophe créée par l'homme <input type="checkbox"/> Conflit /attaque/pillage <input type="checkbox"/> Manque de maintenance <input type="checkbox"/> Autre à préciser : .....		
Suffisance de bâtiment pour l'exécution des activités	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Si non, quels sont les difficultés ?..... .....		
Aménagement de la cour de FOSA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non Si non, quels sont les difficultés ?.....		
<b>Nombre de bâtiment =</b>	<b>Moment d'exécution (Année)</b>	<b>Appui/Fonds</b>	<b>Observation (les activités menées)</b>

**Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours**


<b>Accessibilité</b>	
La FOSA est-elle accessible aux patients ?	<input type="checkbox"/> Accessible <input type="checkbox"/> Partiellement accessible <input type="checkbox"/> Non accessible
Si la FOSA est partiellement ou non accessible, veuillez sélectionner entre 1 et 3 réponses	<input type="checkbox"/> Insécurité <input type="checkbox"/> Barriere physique (p.ex. distance, route/pont endommagé)= <input type="checkbox"/> Barrières socioculturelles <input type="checkbox"/> Autres barrières

<b>Gestion / Appui</b>	
Indiquer le niveau de soutien fourni par ASACO et ETAT	Type de Soutien ASACO : .....
	.....
	Type de Soutien ETAT : .....
	.....
Nombre de partenaires externes (ONG Locales/ ONG Internationale) soutenant la FOSA	
Indiquer le niveau de soutien fourni par des partenaires externes	<input type="checkbox"/> Soutien majeur : support sans lequel la FOSA ne peut fonctionner <input type="checkbox"/> Soutien partiel : support sans lequel la FOSA peut

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

	fonctionner <input type="checkbox"/> Pas de soutien					
Nom des partenaires soutenant la FOSA	Gouvernance/supervision	Appui infrastructures	Fourniture et d'intrants médicaux	Formation du personnel	Soutien des couts de prestation	Autres soutiens
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Autres à préciser						

<b>Aménagements structurels</b>		
EAU	Veuillez indiquer si la (ou les) source(s) d'eau fournissent une quantité suffisante d'eau pour la FOSA	<input type="checkbox"/> Disponible et suffisant <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant</span> <input type="checkbox"/> Pas disponible  <b>Quantité suffisante et sure d'eau disponible pendant les heures d'ouvertures, avec 2 jours de réserve en lieu sur</b>
	Si l'eau est disponible, veuillez préciser la ou les sources principales	<input type="checkbox"/> Réseaux d'eau courante <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Puit tubulaire/Forage</span> <input type="checkbox"/> Puit creuse protégé <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Source/eau de pluie protégée</span> <input type="checkbox"/> Autre
ASSAINISSEME	Veuillez préciser si les toilettes sont disponibles, propres et suffisants pour une utilisation	<input type="checkbox"/> Disponible et suffisant <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant</span>

	générale	<input type="checkbox"/> Pas disponible
	Si des toilettes sont disponibles, veuillez préciser la ou les types de toilettes	<input type="checkbox"/> Toilettes à chasse d'eau manuelle ou mécanique raccordées au système d'égouts <input type="checkbox"/> Toilettes à chasse (mais sans eau) <input type="checkbox"/> Latrines à fosse couverte ou VIP <input type="checkbox"/> Latrines à fosse non couverte <input type="checkbox"/> Toilettes à compostage <input type="checkbox"/> Autre
	La propreté du centre	
	Présence de stérilisateur	
	Présence d'eau de décontamination	
	Hygiène des salles et des toilettes	
	Postes de lavage de main en état de fonctionnement (robinet et eau avec lavabo et savon en état de fonctionnement, ou lavage à la main à base d'alcool) dans les pièces où des soins sont fournis et à l'entrée de la FOSA	
Des déchets	<b>La séparation des déchets :</b> veuillez préciser si les déchets dans la zone de consultation et de soins sont séparés dans au moins trois poubelles différentes et étiquetés	<input type="checkbox"/> Disponible et suffisant <input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant <input type="checkbox"/> Pas disponible Si pas disponible veuillez préciser le lieu ou ce n'est pas disponible et la

<p>(Le triage est-il respecte)</p>	<p>raison :..... .....</p>
<p>Veillez préciser si <b>l'élimination sécurisée finale des déchets piquants/coupants/tranchants</b> est disponible et suffisante (existence des boites de sécurité)</p>	<p><input type="checkbox"/> Disponible et suffisant    <input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant <input type="checkbox"/> Pas disponible</p> <p>Si pas disponible, pourquoi :..... .....</p>
<p>Si des méthodes d'élimination sécurisée final des déchets piquants/coupants/tranchants sont disponibles, veuillez préciser la ou les méthodes principales</p>	<p><input type="checkbox"/> Stérilisés en autoclave    <input type="checkbox"/> Incinéré (incinérateur à deux chambres, 850-1000 C)    <input type="checkbox"/> Brule dans une fosse protégée <input type="checkbox"/> Non traite, mais enterre dans une fosse renforcée et protégée    <input type="checkbox"/> Non traite, mais collecte pour élimination des déchets médicaux hors site    <input type="checkbox"/> Décharge ouverte sans traitement    <input type="checkbox"/> Combustion à ciel ouvert    <input type="checkbox"/> Autre</p>
<p>Veillez préciser si des méthodes <b>d'élimination sécurisée finale des déchets infectieux</b> sont disponibles et suffisantes</p>	<p><input type="checkbox"/> Disponible et suffisant    <input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant <input type="checkbox"/> Pas disponible</p>
<p>Si des méthodes d'élimination sécurisée final <b>des déchets infectieux</b> sont disponibles, veuillez préciser la ou les méthodes principales</p>	<p><input type="checkbox"/> Stérilisés en autoclave    <input type="checkbox"/> Incinéré(incinérateur à deux chambres, 850-1000 C)    <input type="checkbox"/> Brule dans une fosse protégée <input type="checkbox"/> Non traite, mais enterre dans une fosse renforcée et protégée <input type="checkbox"/> Non traite, mais collecte pour élimination des déchets médicaux hors site    <input type="checkbox"/> Décharge ouverte sans traitement    <input type="checkbox"/> Combustion à ciel ouvert    <input type="checkbox"/> Autre</p>
<p>Affiliation du centre à un GIE de ramassage de déchets biomédicaux</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si non, quels sont les difficultés ?..... .....</p>

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

		.....
ENERGIE et commu	Veuillez préciser si l'énergie est disponible et suffisant dans la FOSA	<input type="checkbox"/> Disponible et suffisant <input type="checkbox"/> Disponible mais insuffisant <input type="checkbox"/> Pas disponible Si non disponible ou insuffisant, veuillez préciser la raison :
	Si l'énergie est disponible dans la FOSA, veuillez préciser la ou les sources principales	<input type="checkbox"/> Réseau publique <input type="checkbox"/> Générateur <input type="checkbox"/> Solaire <input type="checkbox"/> Autre
	Si l'équipement de communication est disponible, veuillez préciser le ou les type(s) d'équipements principaux en sélectionnant entre 1 et 3 réponses	<input type="checkbox"/> Téléphone fixe/mobile <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Autre

<b>Systèmes d'information sanitaire</b>	
Disponibilité des systèmes de rapport au niveau de la FOSA (p.ex. SLIS)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Partiellement disponible <input type="checkbox"/> Non disponible <input type="checkbox"/> Non prévu
Si des systèmes de rapport sont ou partiellement disponible au niveau de la FOSA, veuillez préciser la fonctionnalité	<input type="checkbox"/> Fonctionnant <input type="checkbox"/> Partiellement fonctionnant <input type="checkbox"/> Non fonctionnant  <p style="text-align: center;"><i><b>La fonctionnalité inclut l'intégralité, l'exactitude, et l'opportunité de l'information</b></i></p>
Disponibilité des Rapports d'Activités Mensuels (RMA)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Partiellement disponible <input type="checkbox"/> Non disponible <input type="checkbox"/> Non prévu
Si les RMAs sont disponibles au niveau de la FOSA,	<input type="checkbox"/> Fonctionnant <input type="checkbox"/> Partiellement fonctionnant <input type="checkbox"/> Non fonctionnant

**Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours**

veuillez préciser la fonctionnalité des RMAs	<i>La fonctionnalité inclut l'intégralité, l'exactitude, et l'opportunité de l'information</i>
Disponibilité des Rapports Epidémiologiques Hebdomadaires (REH)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Partiellement disponible <input type="checkbox"/> Non disponible <input type="checkbox"/> Non prévu
Si les REHs sont disponibles au niveau de la FOSA, veuillez préciser la fonctionnalité des REHs	<input type="checkbox"/> Fonctionnant <input type="checkbox"/> Partiellement fonctionnant <input type="checkbox"/> Non fonctionnant <i>La fonctionnalité inclut l'intégralité, l'exactitude, et l'opportunité de l'information</i>

PERSONNEL CSCOM	DU	OUI	NON	NOMBRE	SEXE		ANNEE DE PRISE DE SERVICE	RESPECT DE L'INDICE SALARIE	TYPE DE CONTRAT
					M	F			
MEDECIN									
PHARMACIEN									
GERANT DE PHARMACIE									
INFIRMIER D'ETAT									
SAFE FEMME									
MATRONNE									
AGENT DE LABO									
COMPTABLE									
GESTIONNAIRE									
CHAUFFEUR									

**Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours**

COURSIER								
AIDE SOIGNANT								
GARDIEN								
MANŒUVRE/PLANTON								
AUTRES								

**Services cliniques et d'urgence généraux**

Capacité de référence : moyens de communication	<input type="checkbox"/> Disponible Si disponible, préciser les moyens :..... ..... <input type="checkbox"/> Non disponible Si non disponible pourquoi :.....
services ambulances <i>(présence d'une ambulance)</i>	<input type="checkbox"/> Disponible et Fonctionnelle
	<input type="checkbox"/> Disponible et Non fonctionnelle
	<input type="checkbox"/> Non disponible
Si non disponible ou disponible et non fonctionnelle, veuillez préciser l'intervalle d'évacuation :	
Capacité d'hospitalisation courte (maximum 48 heures)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible <input type="checkbox"/> Non prévu
	Les raisons : <input type="checkbox"/> Manque de personnel <input type="checkbox"/> Manque de formation <input type="checkbox"/> Manque d'intrants médicaux <input type="checkbox"/> Manque d'équipements médicaux <input type="checkbox"/> Manque de ressources financières

**11 FICHE D'ENQUETE n°2**

**PRESTATIONS FOURNIS PAR LA FOSA**

**SANTE ET NUTRITION DE L'ENFANT**

Items	Activités	Si non raison :
Surveillance préventive des enfants sains	Suivi enfants sains en centre fixe	
	Suivi enfants sains en stratégie avancée	
Prise en charge de la malnutrition	Traitement de la malnutrition aiguë modérée	
	Traitement de la malnutrition sévère sans complication	
Prise en charge intégrée des autres maladies de l'enfant (PCIME)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Information, éducation et communication (IEC)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	

Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières

**MALADIES TRANSMISSIBLES**

Items	Activités	Si non raison :
Diagnostic de paludisme des cas suspects avec test de diagnostic rapide (TDR) et Prise en charge du Paludisme	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Prise en charge gratuit du paludisme des enfants de moins	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

de 5 ans et les femmes enceintes		
Diagnostic et traitement des cas de lèpre, ou détection et orientation des cas suspects, et suivi	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Diagnostic et traitement des cas de TB, ou détection et orientation des cas suspects, et suivi	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soutien des interventions de lutte anti vectorielle (distribution de moustiquaires imprégnées, pulvérisation d'insecticide intra/extra domiciliaire, IEC connexe)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Mobilisation des communautés et appui aux campagnes de masse de distribution /traitement médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Diagnostic clinique et prise en charge d'autres maladies localement pertinentes, comme ver de guinée (dracunculose)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Plaidoyer aux leaders communautaires sur les IST/VI	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
IEC sur la prévention des infections IST/VIH et la communication pour le changement de comportement	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES ET NEONATALE</b>		

<b>Accouchement et suite de couche</b>		
Items	Activités	Si non raison :
Soins prénatals : évaluation de la grossesse, de l'accouchement et du plan d'urgence,	CPN en centre fixe :  <input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
	CPN en stratégie avancée :  <input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soins spécialisés pendant l'accouchement, y compris les du nouveau-né au début de la grossesse	<input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soins obstétriques d'urgence de base (SONUB) disponible 24h/24 et 7j/7	<input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soins Post-partum : examen de la mère et du nouveau-né (jusqu'à 6 semaines)	<input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>PLANNING FAMILIALE (P.F)</b>		
Items	Activités	Si non raison :
Planification familiale : disponibilité de tests de grossesse et de méthodes contraceptives conformément aux directives nationales	PF en centre fixe :  <input type="checkbox"/> Disponible  <input type="checkbox"/> Non disponible	
	PF en stratégie avancée :	

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Organisation des journées de promotion gratuite de PF	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Sensibilisation sur la PF	Plaidoyer	
	Causeries au centre	
	Causeries dans la communauté	
	Conférence	
	Projection de films	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>PEV</b>		
Vaccination	Vaccination en centre fixe : <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
	Vaccination en stratégie avancée : <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
	Vaccination en stratégie mobile : <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Disponibilité et la fonctionnalité de la chaîne de froid	<input type="checkbox"/> Disponible	

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

	<input type="checkbox"/> Non disponible	
Disponibilité de tous les Antigènes des enfants	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Disponibilité de tous les Antigènes des femmes enceintes	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Mobilisation communautaire et appui aux sites du programme élargi de vaccination (PEV) de routine et/ou campagnes de vaccination de masse	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>CONSULTATION CURATIVE</b>		
Items	Activités	Si non raison :
Existence d'un locale avec paravents (intimité des patients)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Disponibilité des personnels qualifiant	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Disponibilité des équipements (matériels) de consultation	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Consultations sont-elles réalisées selon les normes et procédures	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>Maladies non transmissibles et sante mentale</b>		
Items	Activités	Si non raison :

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

Promouvoir l'auto-soin : fournir des soins de sante de base et un soutien psychosocial,	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Services des MNT : conseils brefs sur le tabac, l'alcool et l'abus de substances, une alimentation saine,	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : classification, traitement et suivi	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Hypertension : dépistage précoce, prise en charge et conseils (y compris diététiques), suivi	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Diabète : détection précoce, prise en charge (antidiabétiques oraux et insuline disponibles), conseils (y compris diététiques), soins des pieds, suivi	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Identifications des personnes handicapées, conseils de base et orientation vers des services spécialisés (si nécessaire)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Sante buccodentaire et soins dentaires	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soins ophtalmologique	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Soins ORL	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Si non raison : Manque de personnel, Manque de formation, Manque d'intrants médicaux, Manque		

d'équipements médicaux, Manque de ressources financières		
<b>Violences sexuelles</b>		
Gestion clinique des victimes de viol (y compris le soutien psychologique)	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	
Prophylaxie post-exposition (PPE) pour les IST et les infections au VIH	<input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Non disponible	

## 12 FICHE D'ENQUETE n°3

### I. AMENAGEMENT

Local	Pharmacie		Laboratoire		Observations
	Oui	Non	Oui	Non	
Propriété					
Aération					
Rayon					
Etiquetage					
Autres					

### II. Gestion du système logistique

#### a. Disponibilité des documents normatifs (SDADME)

Désignation de l'outil	Existence		Bonne Tenue (O/N)
	(oui/non)		
Manuel du SDADME			
Procédures opératoires standards du SIGL			
LNME			
Guide thérapeutique national			
Formulaire thérapeutique national			

#### b. Disponibilité et tenue des outils de gestion (SDADME)

Désignation de l'outil	Existence (oui/non)		Bonne Tenue (O/N)/	
CRGS				

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

fiche de stock				
Fiche de pointage hebdomadaire				
Fiche de pointage journalier				
Souche d'ordonnancier				
Bon de commande				
Bordereau de livraison				
Fiche de réception				
Formulaire de notification des effets secondaire				
Fiche d'inventaire				

### III. CONDITIONS DE STOCKAGE

Conditions	Items	OU
<b>Delachaleur</b>	- Choisir un local bien orienté. - Utiliser la climatisation, ventilation et/ou faux plafond.	
<b>Delalumière</b>	- Orienter les étagères / fenêtres afin d'éviter les rayons solaires sur les produits. - Placer des rideaux aux fenêtres. - Protéger spécialement tout ce qui est sous forme liquide.	
<b>Del'humidité</b>	- Orienter les étagères / fenêtres. - Placer des rideaux aux fenêtres. - Protéger spécialement tout ce qui est sous forme poudre ou comprimé.	
<b>Desanimaux, rongeurs, insectes</b>	- Balayer le dépôt à l'ouverture. - Ranger le dépôt à la fermeture. - Ne pas laisser de carton, même vide au contact du sol.	
<b>Du vol</b>	- Limiter et sécuriser les ouvertures - Pendant la journée, ne laisser rentrer personne d'étranger au service à l'intérieur du dépôt - Fermer à clef les locaux pendant la nuit et les pauses.	
<b>Dela congélation</b>	- Respecter les indications données par le fabricant. - Ne congeler un produit que si la notice l'indique.	

### IV. DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS

<b>MEDICAMENTS DU PANIER</b>	Disponibilité	
	Oui	Non

**Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours**

Ibuprofène comprimé 200 mg,		
Oxytocine injectable 10 UI/ ml,		
Hydroxyde d'Aluminium/Magnésium comprimé		
Amoxicilline gélule/comprimé 500 mg,		
Arthémether + Luméfantrine comprimé /Plq de 24,		
Sel ferreux + acide folique comprimé, 60 mg/400µg		
Mebendazole comprimé 100 mg,		
Métronidazole comprimé 250 mg,		
Paracétamol comprimé 500 mg,		
Ampicilline injectable 1g,		
Cotrimoxazole comprimé 400mg/80mg,		
Sels de réhydratation orale à faible osmolarité.		
<b><u>INDICATEURS DE DISPONIBILITE</u></b>		
<b>CONTRACEPTIFS</b>	Disponibilité	
	Oui	Non
Condom / Protector		
Duofem / Pilplan		
Ovrette		
DépoProvera		
Néosampoon		
T en Cu 380 A		
Norplant		
Collier		
<b><u>INDICATEURS DE DISPONIBILITE</u></b>		

<b>Gestion de la pharmacie</b>	OUI	NON
Respect du schéma direct d'approvisionnement (Oui=PPM ou structure agréée et Non=Autres)		
Présence des médicaments du panier complet (12 médicaments)		
Présence de médicament de la mère et de l'enfant		
Maintien du capital de dépôt de vente (capital doit être supérieur à 1 500 000)		

**B - LABORATOIRE BIOMEDICALE**

**1. Gestion du laboratoire**

<b>GESTION DU LABORATOIRE</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Observations</b>
<p>Le laboratoire est adéquat</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dimensions</li><li>- Compartiments</li><li>- Paillasse</li></ul> <p>Le laboratoire est propre et bien aéré</p> <p>Les réactifs sont bien conservés dans un réfrigérateur</p> <p>Existence des fiches de relevé de température à jour.</p> <p>Prévention des AES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Préparation de la solution de décontamination</li><li>- Port de gants et de blouse</li><li>- Existence de poubelle</li><li>- Existence de boîtes à aiguille usage unique</li><li>- Existence de procédures écrites et affichées</li></ul> <p>Personnel technique suffisant pour le niveau CSRéf</p>			
<b>GESTION DES SUPPORTS</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Observations</b>

<p>Les supports de gestion existent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de stock pour les réactifs et les consommables</li> <li>- Registre (Global, tuberculose, VIH)</li> <li>- Cahiers de paillasse</li> <li>- Rapport mensuel détaillé</li> </ul>			
<p>Les supports de gestion sont bien tenus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de stock pour les réactifs et les consommables</li> <li>- Registre (Global, tuberculose, VIH)</li> <li>- Cahiers de paillasse</li> <li>- Rapport mensuel détaillé</li> </ul>			

**1. Les activités du laboratoire**

<b>EXAMENS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
N.F.S		
Vitesse de Sédimentation		
Hb (seul)		
Hte (seul)		
Test d'Emmel.		
TS/TC		
Groupe ABO		
Transfusion (poche)		
HbS		
ASLO		
B.W.		
WIDAL		
Test rapide VIH		
Toxoplasmose		
Goutte Epaisse.		
Selles P.O.K.		
B.K		
E.C.B.U		

Prélèvement Vaginal		
Snip		
Azotémie		
Glycémie		
Transaminases		
Créatinémie		
Albuminurie		
Glycosurie		
U.C.G.		
<b><u>INDICATEURS DE DISPONIBILITE</u></b>		

**1. Gestion financière**

GESTION DES SUPPORTS	Oui	Non	Observations
----------------------	-----	-----	--------------

## Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

<p>Les supports de gestion existent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Livre de caisse recettes</li> <li>Livre de caisse fonctionnement</li> <li>Livre de banque</li> <li>Documents comptables (Factures BL)</li> </ul> <p>Les supports de gestion sont bien tenus</p> <p>Livre de caisse recettes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toutes les recettes sont versées en banque</li> <li>- Pas de dépenses directes</li> </ul> <p>Livre de caisse fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévision de budget de fonctionnement signée</li> <li>- Dépenses autorisées</li> </ul> <p>Livre de banque</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecritures conformes avec les autres supports (Recettes et fonctionnement)</li> <li>- Achat DVC et DRC par chèque</li> </ul> <p>Documents comptables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factures et BL sont bien archivées</li> <li>- Versement conforme aux factures</li> </ul> <p>La situation financière trimestrielle existe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan validé (à fournir)</li> <li>- Compte de résultat validé (à fournir)</li> <li>- Situation du laboratoire (à fournir) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Recettes</li> <li>o Dépenses</li> </ul> </li> </ul>			
---	--	--	--

<b>Comptabilité</b>	Oui	Non	Observations
Existence du livre jour			
Existence du registre pour les versements journaliers			

Inventaire de la pharmacie est-elle faite chaque fin du mois et assiste par le gestionnaire			
---	--	--	--

## **Fiche signalétique**

**Nom** : DIARRA

**Prénom** : Samba

**Titre de thèse** : Évaluation des CSCOM de la Commune VI de Bamako de l'initiative de Bamako à nos jours

**Année académique** : 2020-2021

**Nationalité** : Malienne

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de pharmacie (FAPH)

**Secteur d'intérêt** : Santé publique / Santé communautaire

**E-mail/N° téléphone**: [diarradantchi13@gmail.com](mailto:diarradantchi13@gmail.com)/223 90 04 65 97

### **Résumé** :

Le système de santé malien est de type pyramidal tiré de l'initiative de Bamako sur les soins de santé primaires dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM). Le CSCOM doit fournir le paquet minimum d'activité (PMA); assurer en permanence la disponibilité et l'accessibilité du médicament essentiel (ME) en dénomination commune internationale (DCI) et assurer la participation de la population à la gestion et à l'animation du centre de santé.

C'est une étude transversale à visée descriptive et les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête, saisies par world 2007 et analysées par le logiciel SPSS version 18.

Notre étude a montré que les ASACO étaient fonctionnelles à 90,91%, tous les CSCOM avaient signé la CAM avec la Mairie. Plus de la moitié des CSCOM les femmes n'avaient pas une représentativité à 30% dans le C.A. Les bâtiments étaient intacts à **81,82%**. Il a eu la construction d'un nouveau bâtiment dans 8 CSCOM avec **72,73%**. La majorité des CSCOM soit **90,91%** était en insuffisance de bâtiment pour l'exécution de leurs activités. Dans 3 CSCOM soit **27,27%** l'accès au CSCOM était difficile. **54,55%** des CSCOM n'avaient pas de fonds en dehors de ceux générés par leur CSCOM. **63,64%** des CSCOM était propre. La toilette était disponible à **100%** mais insuffisante et impropre dans 7 CSCOM soit **63,64%**. Le triage des déchets biomédicaux était respecté et tous les CSCOM étaient affiliés à des GIE de ramassage des DBM. Les personnels au compte des ASACO étaient les plus représentés. Le poste de DTC était occupé par des médecins. Le paquet minimum d'activités était bien assuré. Dans **72,73%** des CSCOM ne

respectaient pas le SDADME et Les médicaments du panier et des médicaments de la mère et de l'enfant étaient disponibles dans 8 CSCOM avec **72,73%**. Dans 8 CSCOM avec **72,73%** les laboratoires n'étaient pas conformes aux normes de construction. Le groupage sanguin, Widal, VIH, Toxoplasmose, Goutte épaisse étaient réalisés dans tous les CSCOM à **100%**. Aucun CSCOM ne faisait la NFS et la vitesse de sédimentation. Le versement des recettes à la banque et la Prévision de budget de fonctionnement étaient effectifs à **54,55%** des CSCOM.

**Mots clés :** Evaluation, CSCOM, Santé communautaire, Initiative de Bamako

## Data Sheet

**Name:** DIARRA

**First name:** Samba

**Thesis title:**

**Academic year:**2020-2021

**Nationality:** Malian

**Defense city:** Bamako

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Pharmacy (FAPH)

**Area of interest:** Public health / Community health

**E-mail / Phone number:** diarradantchi13@gmail.com / 223 90 04 65 97

### **Abstract:**

The Malian health system is of the pyramid type drawn from the Bamako initiative on primary health care, the first level of which is the community health center (CSCOM). The CSCOM must provide the minimum activity package (PMA); permanently ensure the availability and accessibility of essential drugs (IM) under international non-proprietary name (INN) and ensure the participation of the population in the management and animation of the health center.

This is a descriptive cross-sectional study and the data were collected on survey forms, entered by world 2007 and analyzed by SPSS version 18 software.

Our study showed that the ASACOs were 90.91% functional, all the CSCOMs had signed the CAM with the Town Hall. More than half of the CSCOMs women did not have 30% representativeness in the C.A. The buildings were 81.82% intact. He had the construction of a new building in 8 CSCOMs with 72.73%. The majority of CSCOMs, ie 90.91%, had insufficient buildings for the execution of their activities. In 3 CSCOMs, ie 27.27%, access to the CSCOM was difficult. 54.55% of CSCOMs did not have funds other than those generated by their CSCOM. 63.64%. of the CSCOM was clean. The toilet was 100% available but insufficient and unsuitable in 7 CSCOMs, ie 63.64%. The sorting of biomedical waste was respected and all the CSCOMs were affiliated to GIEs for collecting BMWs. The staff working for the ASACOs were the most represented. The post of

DTC was occupied by doctors. The minimum package of activities was well assured. In 72.73% of the CSCOMs did not comply with the SDADME and the medicines in the basket and the medicines for the mother and the child were available in 8 CSCOMs with 72.73%. In 8 CSCOMs with 72.73% the laboratories n 'did not meet construction standards. Blood typing, Widal, HIV, Toxoplasmosis, Thick drop were performed in all CSCOMs at 100%. No CSCOM was doing CBC and sedimentation rate. The payment of receipts to the bank and the operating budget forecast were effective at 54.55% of the CSCOMs.

**Keywords:** Evaluation, CSCOM, Community Health, Initiative of Bamako

## **SERMENT DE GALIEN**

« Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ✓ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- ✓ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- ✓ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- ✓ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.
- ✓ 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 !!!**