



Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto

Stomatologie



Université de Bamako



Année Universitaire 2010-2011

N°.....



THESE

**Etude des facteurs contextuels de la mise en œuvre du
programme de la SASDE dans les cercles de Bla et de**

Koro

*Présentée et Soutenue publiquement le 30 /07/ 2011 à la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie*

Par M. Sory Ibrahim SIDIBE

Pour l'Obtention du grade de Docteur (Diplôme d'Etat)



Président :	Pr. Hamadoun SANGHO
Membre :	Dr. Mahamoudou TOURE
Co-directeur :	Dr. Danaya KONE
Directeur :	Pr. Seydou DOUMBIA

DEDICACES :

- **A Allah, le tout puissant, le clément et miséricordieux,**

Par ta volonté nous voici aujourd'hui arrivés au terme de ce modeste travail.

Nous te remercions de nous avoir permis d'étudier en bonne santé,

Encore et encore nous demandons ta générosité pour nous guider dans le droit chemin, le chemin du bonheur car c'est toi qui peut tout et nous, nous ne pouvons rien contre ta volonté.

- **A mon papa Karim SIDIBE,**

Papa c'est avec le cœur plein de bonheur que je te dédie ce travail, tu as été un exemple pour moi. Ton sens tu travail bien fait, ton respect du prochain, ont forgé durant toutes ces années mon admiration.

Merci papa pour m'avoir aimé, protégé, inculqué les bon principes de la vie.

Je te souhaite une bonne santé et beaucoup d'années de bonheur encore.

- **A ma mère Salimata DIAKITE,**

Oh mère merci de m'avoir appris à marcher à parler.

Merci encore pour tant de sacrifices fournis, de dévouement pour la cause de tes enfants. Mes jours de peines ont été aussi les tiens,

Alors j'implore l'équitable, le généreux, le tout puissant que tes peines ne soient pas vaines.

REMERCIEMENT

- **A mon Oncle Samba Oumar SIDIBE,**

Cher oncle en ce jour combien important pour moi, je t'adresse mes remerciements les plus sincères, merci de m'avoir inculqué les principes de base de la vie, lesquelles me paraissaient rigoureuses mais qui sans doute m'ont permis d'avancer.

Puisse le tout puissant te récompenser de tous ceux que tu as consentis pour moi et t'accorder une longue vie dans la santé et la prospérité, Amin

- **A mes oncles Bakary SIDIBE, Mohamad TRAORE, Oumar DIAKITE, Djibril**

DIAKITE, Toumani SIDIBE, Moussa DIALLO, Soungalo et Issa TOGOLA, merci pour vos soutiens moraux, matériels sans failles tout au long de mes études. Que Dieu vous accorde une bonne santé.

- **A mes tantes, Ballakissa SIDIBE, Mariam ONGOIBA, Korotoum DIAKITE,**

Korotoum KONE, Fatoumata KONATE, vous êtes des références pour moi. Je ne saurai trouver ici les mots justes pour vous remercier de tous vos soutiens et affections à mon égard. Merci surtout de m'avoir encouragé à faire mes études en médecine.

- **A ma sœur Mariam Karim SIDIBE,** très chère sœur tu es pour moi une confidente, une

amie qui a été présente à tout moment, tes conseils et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut. Puisse Allah t'accorder une longue vie et beaucoup de bonheur dans ton foyer.

- **A mes frères, sœurs et cousins, Salif, Lalia, Soumaïla SIDIBE, Yacouba, Drissa, Penda, Bourama DIAKITE, Mamadou MINTHE, Mahamadou KEITA,** je vous remercie sincèrement de votre dévouement pour moi.
- **A mes amis Siaka DIARRA, Mamoutou SOUMOUTHERA, Lassine KONE, Karim KEITA, Karim COULIBALY, Sanassi TOURE, Saïbou DOUMBIA, Mamadou DOUMBIA,** plus que des amis vous avez été mes frères tout au long de mon cursus, j'ai partagé avec vous mes moments de joie et de peine. Que le bon Dieu m'aide à honorer la confiance que vous me portez et qu'il consolide nos liens d'amitié fraternelle. Merci de votre soutien.
- **A mes collègues Souleymane, Dansiné DIARRA, Adama BERTHE, Daouda, Bouyé DIALLO, Soukaro TRAORE,** chers collègues je vous remercie pour vos soutiens et affections.

HOMMAGES PARTICULIERS AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Hamadoun SANGHO

- **Spécialiste en santé publique**
- **Maître de conférence à la faculté de médecine, de pharmacie et
d'odontostomatologie**

- **Directeur général du centre de recherche, d'étude et de documentation sur la survie de l'enfant**

Cher Maître

En acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples préoccupations, vous nous témoignez une fois de plus votre engagement pour la formation de jeunes générations ; nous en sommes très honorés.

Au delà de vos compétences, votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête encore longue vie pour que nous puissions davantage bénéficier de vos expériences.

Veillez cher Maître recevoir ici l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE : Docteur Mahamoudou TOURE

- **Spécialiste en épidémiologie,**
- **Chercheur au MRTC,**
- **Candidat PhD à l'université de Copenhague au Danemark.**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi les juges de ce travail.

Nous avons été particulièrement impressionnés par la simplicité et la sympathie avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail. Vous nous témoignez ainsi cher Maître votre entière disponibilité pour la formation de futures générations, nous en sommes très fiers.

Soyez assuré cher maître de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Danaya KONE

- **Médecin généraliste diplômé de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie,**
- **DES en chirurgie générale.**

Cher Maître

Nous sommes très heureux de compter parmi vos élèves. Nous apprécions aussi à sa juste valeur vos qualités humaines et votre grande disponibilité. Votre rigueur scientifique, votre dévouement pour notre formation sont à votre honneur.

Recevez ici cher Maître nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Seydou DOUMBIA

- **Spécialiste en épidémiologie,**
- **Maître de conférence à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie**
- **Directeur général adjoint au MRTC (Malaria Recherche Training Center).**

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en nous acceptant comme élève. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos qualités humaines. Notre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine font de vous un homme admirable.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADP: Projet de développement régional (Area for development Project)

ACDI: Agence Canadienne pour le Développement International

AEM : Agence Evangélique de Développement du Mali

ASDAP : Association de soutien au développement des activités de la population

ASF : Agriculture Sans Frontière

AGR : Activités Génératrices de Revenus

ALPHALOG : Association libre pour la promotion de l'habitat et du logement

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AMPRODE Sahel : Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'environnement au Sahel

ARCAD/SIDA : Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des personnes vivant avec le VIH

ARAFD : Association Recherche Femmes et Développement

ASACO: Association de Santé Communautaire

ATR : Accoucheuses traditionnelles recyclées

CARE: Cooperation for Assistance and Relief Everywhere

CAECE Jigiseme : Caisse Associative d'Epargne et de Crédit des Entrepreneurs et Commerçants du Mali

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CPN : Consultation Périnatale

CPS : Cellule de Planification Sanitaire

CREDOS : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémésinine

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

DHI : Districts « à Haut Impact »

EDS II : Enquête Démographique et de Santé 2^{ème} édition

EDS III : Enquête Démographique et de Santé 3^{ème} édition

ESSC : équipe socio sanitaire du cercle

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (Food and Agriculture Organization)

Fer /TPI : fer/traitement présomptif et intermittent

G FORCE : Groupe de Formation Etude et Consultation

GIE Guinedou : Groupement d'Intérêt Economique

HKI : Helen Keller International

ICPM : Infirmier Chef de Poste Médical

IDE : Infirmier D'Etat

INRSP : Institut Nationale de Recherche en Santé Publique

IPC : Infirmier du Premier Cycle

IRA : Infection Respiratoire Aigüe

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

JNV : Journées nationales de vaccination

PACCEM : Programme d'Appui à la Commercialisation des Céréales au Mali

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planning Familial

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PRODESS : Programme de Développement Socio-Sanitaire

RC : Relais Communautaire

SASDE : Stratégie Accélérée de la Survie et du Développement du jeune Enfant

SIAN : Semaines nationales d'Intensification des Activités de Nutrition

SMN : Santé Maternelle et Néonatale

SP : Sulfadoxine – Pyriméthamine

SRO : Solution de Réhydratation Orale

Support SIS : support/système d'information sanitaire

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VAT: Vaccin Anti Tétanique

WAWI: West Africa Water Initiative

WV: World Vision

SOMMAIRE		Pages
I INTRODUCTION / OBJECTIFS:		1-4
II GENERALITE :		5-17
2-1 Organisation du programme de la SASDE :.....		5
2-2 Gestion du programme de la SASDE :.....		5-6
2-3 Les principaux paquets d'intervention du programme :.....		6-14
2-4 Le système de santé de district.....		14
2-5 Causes de morbidité et de mortalité :.....		14-17
III METHODOLOGIE :		18-25
3-1 Cadre d'étude :.....		18-22
3-2 Type d'étude :.....		23
3-3 Période d'étude :.....		23
3-4 Lieux d'étude :.....		23-24
3-5 Les matériels utilisés :.....		24
3-6 Variables étudiées :.....		24-25
IV. RESULTATS :		26-51
4-1 Mise en œuvre du programme de la SASDE :.....		26
4-2 Les facteurs contextuels de la mise en œuvre du programme :.....		27-47
4-3 Quelques projets ou ONG de développement dans le reste du Mali:.....		47-51
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION :		52-56
5-1 Les points forts du Programme de la SASDE :.....		52
5-2 Les points faibles du programme de la SASDE:.....		53-54
5-3 Développement des structures sanitaires :.....		54
5-4 Critères de sélection des DHI :.....		54

5-5 Changements des politiques de santé:.....	54-55
5-6 Autres activités dans les DHI de Koro et de Bla :.....	55
5-7 Autres activités dans le reste du Mali :.....	55-56
5-8 Nutrition dans la SASDE et au niveau national :.....	56
VI CONCLUSION :.....	57
VII RECOMMANDATIONS :.....	58
7-1 Aux partenaires financiers :.....	58
7-2 Aux autorités locales :.....	58
7-3 Au ministère de la santé :.....	58
7-4 Aux médecins chefs des CSRéf :.....	59
7-5 Aux infirmiers chefs de poste médical :.....	59
VII. REFERENCES.....	60-63
IX. ANNEXES.....	I-XXIII
Annexe 1 : Activités PEV :.....	I
Annexe 2 : Activités MII :.....	II
Annexe 3 : Activités du PCIME :.....	III
Annexe 4 : Activités de CPN :.....	IV
Annexe 5 : Fiche de collecte pour les projets dans les zones de la SASDE :.....	V-VI
Annexe 6 : Contrat de performance :.....	VII-
	VIII
Annexe 7 : Eléments de PEV :.....	IX
Annexe 8 : Eléments de CPN :.....	X
Annexe 9 : Fiche signalétique :.....	XI

I- Introduction / Objectifs :

1.1 Introduction :

La réduction de la mortalité infanto-juvénile est une priorité politique affichée au Mali, où la moitié de sa population a moins de 18 ans [1]. Pour réduire ce fléau, le Mali a entrepris avec ses

partenaires beaucoup d'initiative entre autres l'amélioration de l'accès aux soins à travers la création de nouveaux centres de santé communautaires (CSCOM), la nationalisation de la journée régionale de micronutriments (JRM) ainsi que la réalisation de plusieurs forages.

Cependant, le risque de mortalité infanto-juvénile demeure toujours un problème récurrent avec un taux élevé de décès (229 %) [2]. En d'autres termes, près d'un enfant sur cinq meurt avant l'âge de cinq ans. Les politiques publiques menées pour la protection et la survie de l'enfant se heurtent à de nombreux obstacles dus entre autres au phénomène de la pauvreté, de l'analphabétisme, de la persistance de pratiques coutumières et du manque de moyens de l'État et des collectivités territoriales décentralisées.

Parmi les principales causes de cette mortalité infanto-juvénile viennent en première ligne le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et la couverture vaccinale (29%) en 2001[2].

La situation sanitaire continue toujours d'être caractérisée par :

- La persistance d'une forte morbidité et mortalité en particulier, dans la population infantile et maternelle ;
- La faiblesse de la couverture sanitaire ;
- Une forte sous utilisation et un fort sous équipement des services de santé ;
- Une rupture fréquente de médicaments et de matériels de travail ;
- Un personnel quantitativement et qualitativement insuffisant, peu motivé et mal déployé ;
- La faiblesse de l'accès à des sources d'eau potable.

Face à ces constats, le gouvernement du Mali avec l'appui de l'UNICEF a mis en œuvre de 2002 à 2006 un programme appelé la stratégie accélérée de la survie et du développement de l'enfant (SASDE). Le but de ce programme était de réduire de façon significative, à 25% [2] la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Pour atteindre ce but, un paquet complet d'interventions efficaces a été adopté à savoir : le programme élargi de vaccination plus (PEV plus), la consultation prénatale plus (CPN plus), la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant plus (PCIME plus), (voir cadré 1). Le programme consistait à optimiser la couverture de ces trois interventions efficaces dans six cercles du Mali (Districts à haut impacts : Koro, Djenné, Banamba, Kolokani, Niono, et Bla).

Des évaluations internes de l'UNICEF en 2003 et 2004 avaient montré des améliorations de la couverture pour la composante PEV+ dans tous les pays où le programme de la SASDE était mise en œuvre. Ces évaluations préliminaires avaient estimé une réduction totale de la mortalité infanto-juvénile à 20% dans les pays à haut impact. Une évaluation externe, rétrospective avait été commanditée par l'UNICEF en 2007 pour savoir si une réduction rapide de la mortalité infanto-juvénile était observée plus rapidement dans les cercles à « haut impact » que dans le reste du Mali. Les limites de cette approche comportent les difficultés de démontrer qu'une telle réduction de la mortalité est attribuable à la SASDE. Pour une meilleure interprétation des résultats de l'évaluation, il faut documenter les facteurs contextuels (voir Annexe VI) et autres activités visant à améliorer la survie de l'enfant dans les zones SASDE. Ces facteurs contextuels comportent des conditions liées au système de santé (ex : utilisation des services de santé, rupture de stock d'intrants, accès aux soins...) ou la présence d'autres projets de santé pour la survie des enfants pouvant modifier l'impact de la SASDE.

1-2 Objectifs

1-2-1. Objectif général :

Etudier les facteurs contextuels de la mise en œuvre du programme de la stratégie accélérée de la survie et du développement de l'enfant (SASDE).

1-2-2. Objectifs spécifiques :

- Décrire le processus de la mise en œuvre des activités du programme de la SASDE dans les cercles de Koro et de Bla.
- Identifier les activités des projets ou ONG de développement dans les cercles de Koro et de Bla.
- Décrire quelques grands programmes de développement et de santé au Mali.

II GENERALITES :

2-1. Organisation du programme de la SASDE :

Les interventions du programme étaient centrées à deux niveaux :

- au niveau communautaire/ménages,
- au niveau du centre de santé.

Les interventions au niveau communautaire/ménages étaient complémentaires à celles développées au niveau du centre de santé et se résument essentiellement à la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) relatives à la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau des ménages (paludisme, IRA, diarrhée, malnutrition), à la vaccination des enfants contre les maladies cibles du PEV couplée avec l'apport de vitamine A aux enfants, aux soins maternels et néonataux ainsi qu'au respect des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les ménages.

2-2. Gestion du programme de la SASDE :

Pour une gestion orientée vers les résultats satisfaisants du programme, les outils et stratégies suivants ont été mis en place :

2-2-1. Monitoring – micro planification:

Le « Monitoring » était un outil de gestion au niveau local pour augmenter la couverture grâce à la surveillance périodique du bon déroulement des activités par le personnel qui en était responsable.

Il s'effectuait par:

- la récolte des informations ;
- l'analyse approfondie de ces informations ;
- et la prise de décision.

Au niveau des CSCOM le monitoring était fait une fois par semestre par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'un chargé PEV, d'une sage-femme, d'un agent du service social. Elle permettait la récolte des informations; l'analyse approfondie de ces informations; la prise de décision et se faisait avec la participation des acteurs communautaires.

2-2-2. Stratégies appliquées :

Pour plus d'efficacité, les stratégies adoptées étaient différentes d'un milieu à l'autre selon la distance par rapport au CSCOM

- a) Stratégie fixe :** Elle concernait les populations qui sont dans un rayon de 3 à 5 kilomètres autour du CSCOM.
- b) Stratégie avancée (SA):** Elle devait être faite par la matrone et l'aide soignant dans les villages situés dans un rayon de 5 à 15 kilomètres du CSCOM.
- c) Stratégie mobile :** Elle était Organisée par le CSRéf, l'équipe mobile concernait les villages situés à plus de 15 kilomètres du CSCOM.

2-3. Les
paquets

Cadre 1: Composantes de la SASDE

Immunisation plus (PEV+)

- Immunisation de routine et rattrapage périodique
- Complément de vitamine A bi annuel
- Déparasitage

Soins prénataux (CPN+)

- Traitement préventif intermittent (TPI) de la malaria avec SP (Fansidar) pour les femmes enceintes
- Immunisation contre le tétanos pendant la grossesse afin de prévenir le tétanos maternel et néonatal
- Complément de fer d'acide folique pendant la grossesse et en vitamine A après l'accouchement
- Prévention de la transmission mère-enfant du virus HIV (PTME)

Prise en charge améliorée de la pneumonie, de la malaria et de la diarrhée (PCIME+)

- PCIME à tous les niveaux:
 - ⇒ Initiation à l'allaitement en temps utile, promotion de l'allaitement exclusif pendant six mois, complément alimentaire en temps utile
 - ⇒ Prise en charge améliorée et intégrée (aux structures sanitaires, aux niveaux de la communauté et de la famille) des enfants souffrant d'IRA, de paludisme ou de diarrhée, y compris l'utilisation du TRO et SRO du traitement antipaludique, et le traitement des IRA avec des antibiotiques.
- Distribution et promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) pour les enfants de moins de cinq ans, ainsi que pour les femmes enceintes et l'imprégnation des moustiquaires avec l'insecticide tous les six mois
- Promotion des pratiques familiales essentielles

principaux

d'intervention du programme de la SASDE :

2-3-1. Le Programme Elargi de Vaccination plus (PEV plus):

Le programme SASDE avait commencé par une accélération du module PEV+, comportant l'apport de la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois.

Les deux cibles du PEV plus ont été :

- a) Les nourrissons :** Ils recevaient, au cours de leur première année, les six vaccinations de base plus les vaccins contre la fièvre jaune et l'hépatite B.
- b) Les femmes enceintes ou les femmes en âge de procréer :** Elles étaient appelées à être vaccinées contre le tétanos dans le but de prévenir le tétanos du nouveau-né.

2-3-2. La Consultation prénatale plus (CPN plus):

Les actions étaient centrées sur :

- la distribution de MII aux femmes enceintes au cours de leur première visite de CPN,

- le traitement préventif intermittent du paludisme (TPIp) avec de la sulfadoxine-pyriméthamine, l'apport de fer et d'acide folique,
- l'immunisation antitétanique,
- les visites post-natales et l'apport de vitamine A.

Comme les autres paquets elle devait se faire en stratégie fixe, avancée, et mobile. Au cours de la grossesse la femme devait subir trois CPN, la 1^{ère} CPN au premier trimestre, 2^{ème} CPN au deuxième trimestre et la 3^{ème} CPN au troisième trimestre.

La référence/évacuation : Chaque CSRéf devait disposer d'une ambulance

au moins pour évacuer les cas compliqués du CSCOM vers le CSRéf où se trouvaient des sages-femmes et des médecins qualifiés pour une meilleure prise en charge du travail de l'accouchement.

Les cas urgents étaient signalés par les ICPM (Infirmier Chef de Poste Médical) grâce au réseau administratif de communication (RAC) ou au téléphone.

2-3-3. La Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant plus (PCIME plus) :

2-3-3-1. La PCIME Communautaire :

Les interventions au niveau des ménages :

Ces interventions étaient l'apanage des relais communautaires et consistaient à faire la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) qui devaient être mises en place et suivies.

Chaque relais communautaire (RC) devait couvrir environ 35 ménages ou un village à plus de cinq kilomètres d'un centre sanitaire. Il devait ensuite effectuer des visites mensuelles à domicile dans une zone bien déterminée et enregistrer les informations dans un cahier de suivi.

Les responsabilités des RC comprenaient l'enregistrement des naissances, l'identification, le suivi des nourrissons et des femmes enceintes nécessitant des vaccins ou un apport en vitamine A.

En outre chaque relais était chargé de faire la promotion et le suivi des treize pratiques familiales essentielles.

Enfin il devait faire un rapport mensuel sur les événements de santé au CSCOM. Ainsi, la formation des relais était nécessaire pour une meilleure prise en charge des activités du programme.

Critères de choix des relais de la SASDE : Pour être éligible, il fallait :

- Etre résident du village et parler la langue locale,
- Etre alphabétisé ou scolarisé de préférence,
- Etre actif,
- Etre disponible et volontaire,
- Accepter de signer le contrat de performance avec soit l'ASACO, soit le village,
- Etre stable et avoir une occupation dans le village,
- Etre crédible (honnête, respectueux, sociable, discret, tolérant),
- Avoir de préférence une expérience en mobilisation sociale (ancien relais, organisateur, leaders, etc.....).

Ratio relais/ménages :

Pour mieux assurer le suivi de l'adoption des pratiques familiales essentielles au niveau des ménages, les relais communautaires devaient effectuer des visites à domicile à une fréquence minimale d'une fois par mois. Il était donc nécessaire que le nombre de ménages couverts par chaque relais soit assez raisonnable de manière à lui éviter une surcharge de travail. Le nombre de relais retenu par village devait, par conséquent, respecter les critères suivants :

1 relais pour 250 habitants soit un relais pour environ trente cinq (35) ménages

1 relais par hameau si le hameau était à plus de cinq (5) km du village principal.

1 relais par fraction nomade.

Activités des Relais : Les relais communautaires avaient plusieurs attributions qui concourent toutes à assurer la liaison entre le centre de santé et les villages/ménages, à faciliter les interventions en stratégie avancée et mobile et à accompagner les ménages à travers des visites à domicile pour renforcer l'adoption des pratiques familiales essentielles. Ainsi les relais communautaires devaient être des maillons indispensables dans la mise en œuvre de la composante communautaire de la PCIME et dans les interventions de communication pour le changement de comportement (CCC).

La promotion des pratiques familiales essentielles :

Les relais devaient faire le porte à porte afin d'observer ces pratiques dans chaque ménage au moins une fois par mois. Au nombre de 13, les pratiques familiales retenues dans le cadre du programme de la SASDE dans tous les ménages étaient composées de :

- 1- la vaccination complète des enfants avant 1 an et l'administration systématique de la vitamine A tous les 6 mois jusqu'à 5 ans.
- 2- La prévention du paludisme chez les enfants de 0 – 5 ans et les femmes enceintes par l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).
- 3- L'utilisation des services de Consultation prénatale et post natale par les femmes enceintes.
- 4- La gestion de la fièvre : la mise en place dans chaque ménage de Kit de Médicaments Essentiels, pour les 1er soins à domicile en cas de fièvre et le recourt aux services de santé.
- 5- La prévention du VIH/SIDA dans les ménages.
- 6- La pratique du planning familial pour espacer les naissances
- 7- La pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'ajout des aliments complémentaires à partir de 6 mois.

8- La consommation régulière de sel iodé.

9- L'utilisation de latrine fonctionnelle.

10- La consommation régulière d'eau potable.

11- Le lavage des mains après les toilettes, avant de manger et de donner à manger aux enfants.

12- L'enregistrement des enfants à l'état civil dès leurs naissances.

13- L'inscription des enfants d'âge scolaire [G+F] à l'école.

2-3-3-2. La PCIME clinique : Les agents des centres de santé communautaires étaient formés en matière de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et ont reçu des documents pour la PCIME clinique.

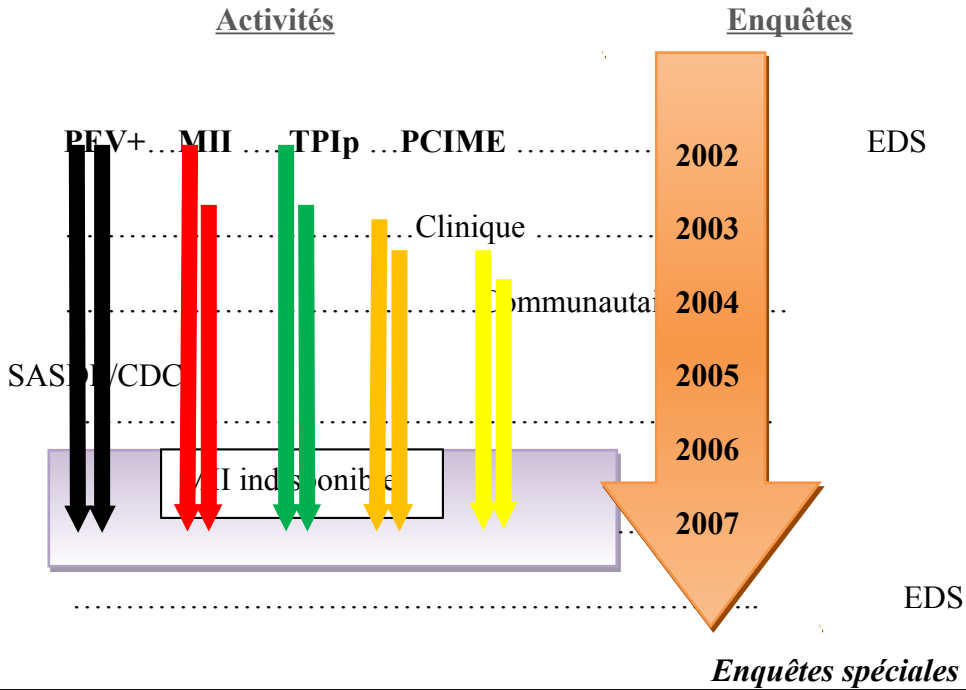
2-3-3-3. Distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide :

Le système de gestion des MII était organisé comme suite, les MII étaient stockés au niveau du CSRéf chez le gérant du dépôt repartitaire du cercle (DRC) ou le gestionnaire qui donnait la consommation mensuelle de chaque aire de santé à son chef de poste.

Critères de distribution des MII :

Chaque enfant **devait recevoir gratuitement une MII une fois qu'il réalise toutes ces vaccinations du PEV à l'âge de 11 mois, les femmes enceintes devaient aussi recevoir chacune une MII à la première CPN. Cela avait pour but d'inciter les mères à vacciner complètement les enfants et à faire au moins leur première CPN.**

Cadre 2 : Mise en œuvre de l'accélération des paquets, ainsi que des enquêtes disponibles dans les zones haut-impact de Bla et de Koro entre 2001 et 2007



NB : Les barres représentent les cercles dans l'ordre suivant : Bla et Koro.

Le schéma ci-dessous représente une vue d'ensemble de la mise en œuvre de certaines approches du programme de la SASDE dans les cercles de Bla et de Koro. En commençant par la gauche du schéma, les premières barres en noire représentent la mise en œuvre du paquet PEV de la SASDE, les barres rouges représentent la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) pour la prévention du paludisme. Les périodes de rupture stock ou une disponibilité limitée de MII sont représentées par l'espace violet clair. Les barres en vert représentent l'approvisionnement du traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes (TIPf). Les barres en jaune représentent la mise en œuvre de la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant (PCIME) : la PCIME clinique à gauche et la PCIME communautaire à droite. L'étendue de la mise en œuvre est indiquée par la grande barre verticale en orange et à droite.

2-4. Le système de santé de district :

Au Mali, le système de santé de district tel que défini dans la politique sectorielle de santé et de population comprend deux échelons :

- le premier niveau de contact est représenté par un réseau de centres de santé communautaires
- le second niveau est constitué par les centres de santé de référence de cercle ou les centres de santé de commune.

2-5. Causes de morbidité et de mortalité prises en charge par le programme de la SASDE :

Les principales causes de morbidité et de mortalité infanto juvénile au Mali sont :

2-5-1. Le Paludisme : Un décès d'enfant sur cinq en Afrique est imputable au paludisme [3].

L'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, l'épilepsie et les problèmes neurologiques,

conséquences fréquentes du paludisme, compromettent la santé et le développement de plusieurs millions d'enfants dans les pays tropicaux.

Le paludisme ou malaria est une maladie érythrocytaire fébrile et hémolysante due à la présence et au développement d'un protozoaire du genre *Plasmodium* [4]. Il constitue un problème de santé publique majeur dans le monde et en particulier dans les régions tropicales [5].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 2 milliards de personnes sont exposées à l'infection palustre et environ 112 millions de cas de paludisme maladie sont recensés. L'OMS estime qu'une personne meurt de paludisme toutes les 20 à 25 secondes dans le monde [6]. Elle estime également à 90% les accès de paludisme clinique et que 90% des décès d'origine palustre qui se produisent dans le monde concernent l'Afrique subsaharienne [7].

Au Mali, le paludisme sévit sur tout le territoire. Parmi les quatre espèces rencontrées: *Plasmodium vivax*; *Plasmodium ovale*; *Plasmodium malariae*; *Plasmodium falciparum*; l'espèce *Plasmodium falciparum* est la plus fréquente (84-95%) [8].

Les statistiques nationales estiment que le paludisme est la première cause de mortalité (13%) et de morbidité (15%) de la population générale [9].

Selon l'étude menée par Moussa Sadou en 2004, le paludisme est la deuxième cause infectieuse aggravant l'insuffisance rénale chronique (IRC) avec une fréquence de 22,2% après les infections urinaires (26%) [10].

Le paludisme touche beaucoup plus les enfants parce qu'ils disposent d'une résistance faible et la maladie évolue rapidement de façon spontanée [11].

Le paludisme, qui représente le principal facteur de morbidité en Afrique, connaît une recrudescence en raison de la perte progressive d'efficacité de la chloroquine et le prix élevé des médicaments de substitution [12].

Au Mali, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité. Dans les groupes les plus vulnérables, on note les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes [13].

2-5-2. Les Infections respiratoires aiguës (IRA):

Elles sont responsables de 400 millions de cas et de 4 millions de décès par an dans le monde [14]. Chez les enfants d'Afrique, elles sont le principal facteur de morbidité (50% des causes de fréquentation des structures de santé) et de mortalité (environ 20% de la mortalité infantile). Selon l'OMS 30-60% des consultations pédiatriques dans les services de santé et 30-40% des hospitalisations peuvent être imputées aux seules IRA [15]. Au Mali, les infections respiratoires aiguës sont plus fréquentes chez les enfants de 6-11 mois (8%). Parmi les enfants de moins de 5 ans, on constate qu'environ 6% ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide [16].

2-5-3. La diarrhée :

Allant d'ennuis mineurs à la déshydratation dévastatrice tuant en quelques heures, les maladies gastro-intestinales sont après les maladies respiratoires hautes aiguës, les affections les plus fréquentes dans le monde [17].

Il y aurait 3 milliards de cas de diarrhée par an dans les pays en développement selon l'OMS, responsables de 5 millions de décès par an dont 80% chez les enfants de moins de 5 ans [18]. Elles sont une des principales causes de mortalité infantile dans le monde par déshydrations aiguës [18]. Ces maladies peuvent être provoquées par une grande diversité d'infections en particulier celles qui sont dues à la consommation d'aliments et d'eau contaminée [19].

Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation chez l'enfant, le Ministère de la Santé a mis en place un programme de Thérapie par Réhydratation

Orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (ou Sérum oral), ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre [20].

2-5-4. La malnutrition : La malnutrition est un composant fréquent et inséparable des maladies aiguës et chroniques [21]. Si la malnutrition est rarement mentionnée comme la cause directe, elle n'en contribue pas moins pour plus de la moitié des décès de l'enfant. Les problèmes d'accès aux aliments ne sont pas la cause de la malnutrition. Des pratiques alimentaires médiocres (manque de diversification des aliments etc....) ou une infection et parfois les deux à la fois constituent des facteurs majeurs [21].

Dans le monde, plus de 150 millions d'enfants de moins de cinq ans ont un poids insuffisant par rapport à leur âge et 20 millions souffrent de malnutrition [22].

Au Mali, 34 % des enfants souffrent d'une malnutrition chronique dont 16 % de malnutrition chronique sévère. Le niveau du retard de croissance augmente très rapidement avec l'âge de 6 % pour les moins de 6 mois, il augmente très rapidement pour se situer autour de 40 % et 50 % entre 12 et 59 mois. Peu différent selon le sexe, il est par contre beaucoup plus fréquent en milieu rural (38 %) qu'en milieu urbain (24 %). Par ailleurs, il diminue fortement avec le niveau d'instruction des mères [20].

III METHODOLOGIE :

3-1. Cadre général d'étude : Le Mali

Le Mali est un vaste pays (1 241 328 km²), avec une population estimée à 12 324 029 habitants (2008), soit une densité moyenne de 10 habitants au km². Sa répartition est très inégale puisque les neuf dixièmes des Maliens habitent dans le sud du pays [23].

Le climat est subtropical aride, avec une variation importante des niveaux de précipitations entre le sud et le nord du pays. La saison des pluies s'étend généralement de juin à novembre. La

transmission du paludisme suit les modèles climatiques, avec une transmission fortement saisonnière de juin à novembre dans l'ensemble du pays.

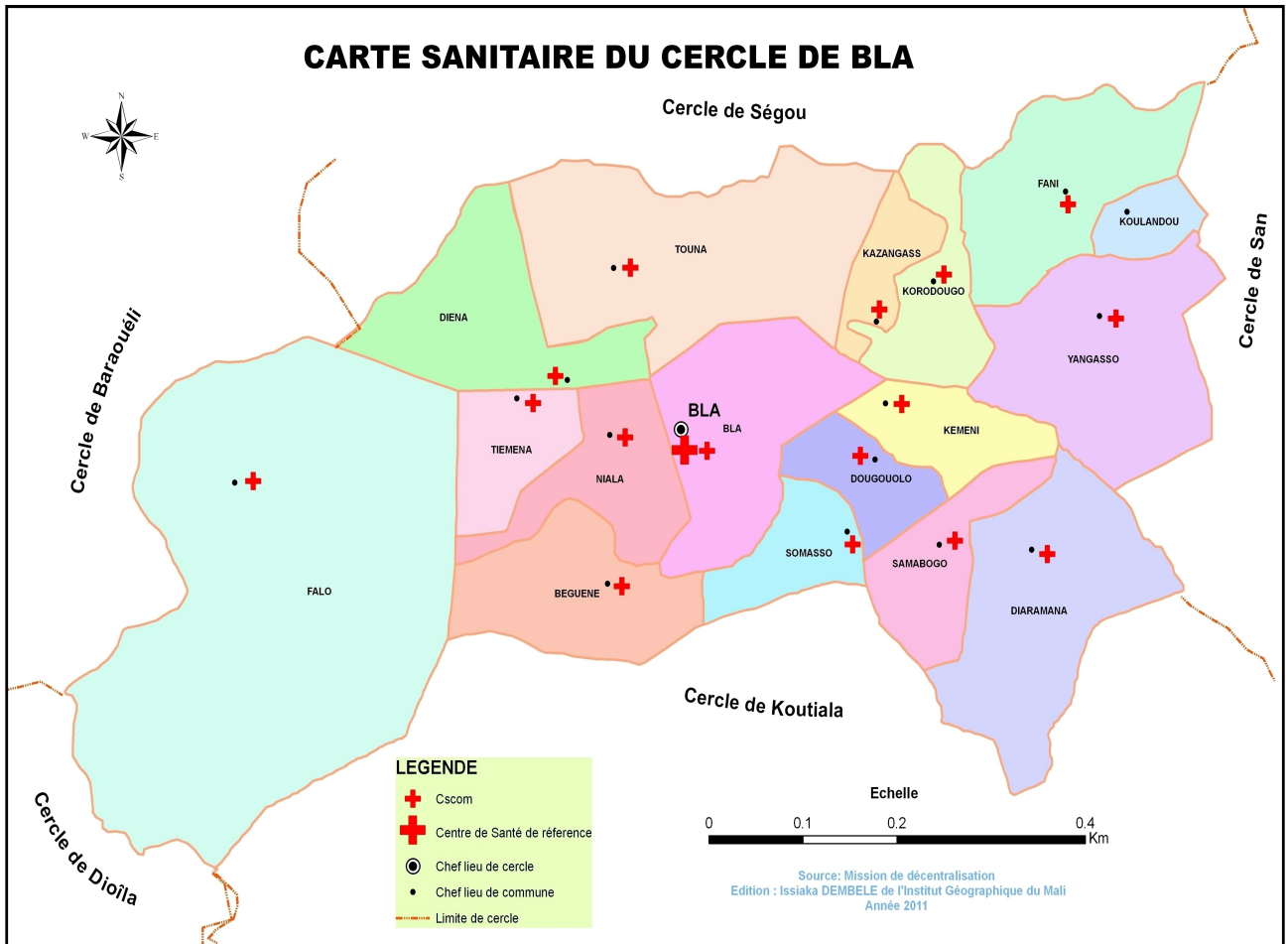
3-1-1. Le cercle de Bla :

Le cercle de Bla est situé dans la région de Ségou. Quatrième région administrative du Mali, Ségou se situe au centre du Mali sur une superficie de 64 947 Km² pour une population de 2 170 873 habitants en 2008 [24].

Limitée au sud par la région de Sikasso, au sud-est par le Burkina Faso, à l'est par les régions de Mopti et de Tombouctou, au nord par la Mauritanie et à l'ouest par la région de Koulikoro, le climat est semi aride.

Subdivision administrative : la région de Ségou est divisée en 7 cercles entourés de 118 communes et de 2166 villages : Bla, [Baroueli](#), Macina, Niono, [Ségou](#), San, Tominian [25].

Le cercle de Bla est une collectivité territoriale du Mali dans la région de Ségou. Il compte 17 communes [25] : Beguené, Bla, Diaramana, Diena, Dougouolo, Falo, Fani, Kazangasso, Kemeni, Korodougou, Koulandougou, Niala, Samabogo, Somasso, Tiemena, Touna et Yangasso. Avec une population de 283.663 habitants [26], il compte actuellement 24 aires de santé fonctionnelles sur 24 prévues [27].



3-1-2. Le cercle Koro :

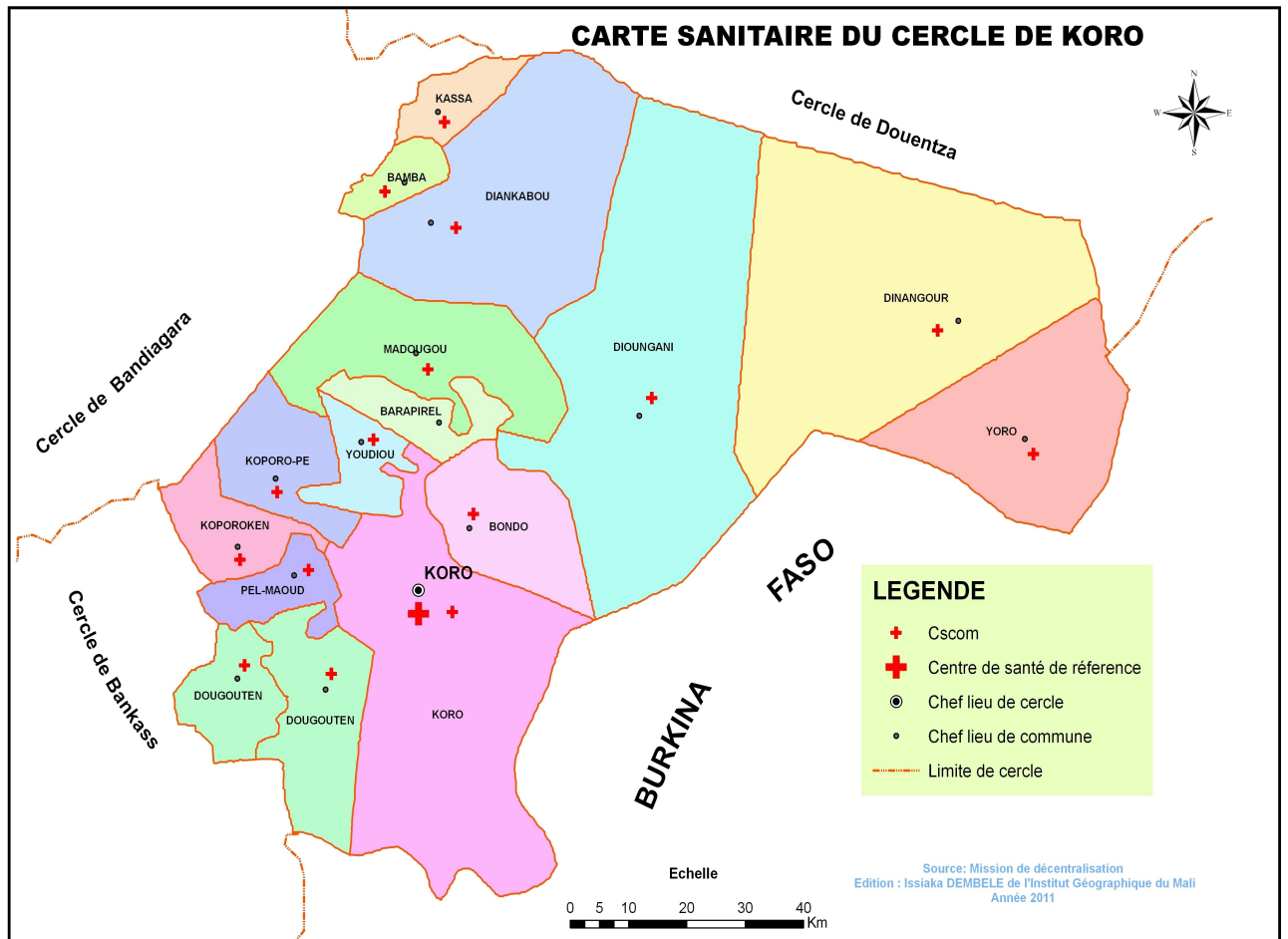
Le cercle de Koro est situé dans la région de Mopti. Cinquième région administrative du Mali, elle s'étend sur une superficie de 79 017 Km² pour une population de 1 915 799 habitants en 2008 selon le Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (MPFEF).

Elle est limitée au nord par la région de Tombouctou, à l'ouest par la région de Ségou, au sud-ouest par celle de Sikasso et au sud-est par le Burkina Faso.

Le climat est de type sahélien.

Subdivision administrative : Mopti est divisé en 8 cercles entourés par 108 communes : les cercles de Bandiagara, Bankasse, Djenné, Douentza, Koro, Mopti, Tenenkou, Youwarou. Sa capitale est la ville de Mopti. Avec une superficie de 10.937 Km² pour une population de 361.944 habitants [26].

Le cercle de Koro est une collectivité territoriale du Mali située dans la région de Mopti. Il compte 16 communes [25] : Bamba, Barapiréli, Bondo, Diankabou, Dinangourou, Dioungani, Dougouténé 1, Dougouténé 2, Kassa, Kopro Pen, KoporokendiNâ (ou Kopro Na), Koro, Madougou, PelMaoudé, Yoro et Youdiou.



3-2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative rétrospective.

Elle a consisté à faire des interviews individuelles ou collectives avec les personnes ressources des centres de santé de référence (CSRéf), des centres de santé communautaires (CSCOM), des organisations non gouvernementales (ONG) et projets de développements

3-3 Période d'étude :

L'étude s'était déroulée sur une période de deux (2) mois allant, de septembre à octobre 2007 dans les cercles de Koro et Bla et de mai à juin 2008 dans le district de Bamako.

3-4 Lieux et population d'études :

Pour la mise en œuvre du programme de la SASDE, six cercles (6) ont été choisis avec la collaboration du personnel régional du Ministère de la Santé, sur cinq critères :

- La présence d'une équipe de santé dynamique et complète en termes de composition de ses membres ;
- une mise en œuvre préexistante d'une approche de santé au sein d'un village dans au moins quelques-unes des aires de santé ;
- le bon fonctionnement de la plupart des CSCOM;
- un bon fonctionnement d'un système de référence/évacuation pour la prise en charge des urgences obstétricales ;
- l'existence d'autres initiatives de développement communautaire, par exemple des projets d'hygiène et d'eau.

Parmi ces 6 cercles nous avons choisi les cercles de Koro et de Bla pour mener cette étude sur les facteurs contextuels de la mise en œuvre du programme de la SASDE.

3-4-1. Les centres de santé de référence : Au niveau des différents CSRéf nous avons eu des entretiens avec , le médecin chef, le chargé du système d'information sanitaire, le chargé du programme élargi de vaccination, le gérant du dépôt répartitaire de cercle, la sage femme du CSRéf sur des questions relatives à leurs activités.

3-4-2. Les centres de santé communautaires : au niveau des CSCOM nous avons eu des entretiens avec, l'infirmier chef de poste médical, la/les matrone(s), le/la gérant(e) de la pharmacie, l'agent vaccinateur (aide soignant), des relais communautaires.

3-4-3. Les sièges des organisations non gouvernementales (ONG) ou des projets de développement : Dans ces localités nos entretiens se sont portés sur leurs principaux domaines d'intervention.

3-5. Matériels utilisés :

Les outils utilisés ont été le guide de l'enquêteur ou Questionnaire, un enregistreur. Les données ont été recueillies à travers des interviews de façon individuelle ou en brainstorming, des observations et des documents.

3-6. Variables étudiées :

Les questions ont porté essentiellement sur :

- Les étapes de la mise en œuvre de la SASDE
- Les activités spécifiques de l'intervention de la SASDE à savoir :
 - Les formations du personnel sanitaire, les types de formations
 - Les activités de mobilisation, de sensibilisation.
 - Les activités de vaccinations, de consultations prénatales et prises en charge des maladies de l'enfant.
- Le programme d'activités des Organisations, associations ou autres groupements locaux

IV RESULTATS :

4-1 Mise en œuvre du programme de la SASDE dans les cercles de Koro et de Bla :

Tableau I : Situation de la mise en œuvre de la SASDE en 2002 [27]

Cercles	Bla	Koro
Date démarrage SASDE	Février 2002	Septembre 2002
Superficie	7. 293	10. 937
Populations	247. 866	290. 737
Communes	17	16
Villages	230	428
Aires prévues	24	23
AS fonctionnelles	22	14

La mise en œuvre du programme de la SASDE a commencé en février dans le cercle de Bla et en septembre 2002 dans le cercle de Koro [26] par les composante CPN plus et PEV plus. A la mise en œuvre, les cercles de Bla et de Koro disposaient respectivement de 22 et de 14 aires de santé fonctionnelles sur 24 et 23 prévues. La mise en œuvre des stratégies communautaires de la PCIME plus a débuté tardivement (2003) par rapport aux deux précédentes dans les deux cercles.

4-2. Les facteurs contextuels de la mise en œuvre du programme de la SASDE à Koro et à

Bla :

4-2-1. Caractéristiques du système de santé :

4-2-1-1. Systèmes de santé à Koro et à Bla :

Le système de santé dans les deux cercles était caractérisé par les cinq critères de choix des districts à «haut impact» (voir méthodologie, lieux d'étude).

4-2-1-2. Changements de politiques nationales :

a) La semaine d'intensification des activités de nutrition (SIAN) et la (Journée nationales de vaccination) JNV :

De 1998 à 2002, la distribution de capsules/l'administration de gouttes de Vitamine A (VA) a été associée aux Journées nationales de vaccination (JNV). En 2000, pour la première fois, le Ministère de la santé, grâce à l'appui financier d'Helen Keller International, a organisé des Journées régionales de Micronutriments dans la région de Koulikoro. En 2001, cinq régions lui ont emboîté le pas en organisant des Journées régionales de Micronutriments (JRM). En juin 2003, le Ministère de la Santé a élargi la stratégie des JRM en organisant en collaboration avec l'USAID/UNICEF/HKI/MI les premières Semaines nationales d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN.) Depuis 1998, l'activité a réussi à passer de l'organisation à travers les JNV, les Journées régionales de Micronutriments à l'organisation des Semaines nationales d'Intensification des Activités de Nutrition en 2004.

SIAN : Les Semaines d'Intensification des Activités de Nutrition sont une composante de la stratégie nationale d'apport des Micronutriments au Mali. Les principaux partenaires de la SIAN sont USAID/Assistance technique nationale (USAID/ATN), l'UNICEF et HKI/MI.

Les SIAN sont conçues pour être mises en œuvre deux fois par an (tous les 6 mois); et l'approche est basée sur l'intensification de certaines activités de routine en matière d'apport de la Vitamine A pendant une semaine spécifique et/ou à travers l'organisation de campagnes spéciales (les points fixes, le porte-à-porte, etc....) adaptées aux réalités locales.

b) Changement des politiques sanitaires :

En 2003, il a été constaté au Mali une recrudescence de la résistance du plasmodium à la chloroquine, cela a amené le gouvernement et ses partenaires à adopter un changement de politique antipaludique afin de remplacer la chloroquine par les CTA gratuites dans toutes les structures de santé.

A partir de 2006, le gouvernement malien a rendu gratuit la césarienne sur toute l'étendue du territoire malien.

4-2-2. Différentes étapes pour cette mise en œuvre :

- La réunion d'information sur les activités de la SASDE aux niveaux de la région, du cercle et des aires de santé en présence des autorités administratives et locales, des ONG sur place, de la jeunesse, des associations de santé communautaire, des agents de santé, des maires des communes, du conseil de cercle, de la coordination des femmes, des représentants de la Direction Régionale de la santé, des représentants de l'UNICEF.
- L'élaboration des monographies du district et des aires de santé pour disposer d'un document comportant les données de base pour la planification, l'organisation et l'évaluation des activités socio sanitaires : informations générales sur l'environnement, la population et les facteurs locaux influençant la santé humaine, situation de la morbidité et de la mortalité, description des ressources dont dispose le système de santé, y compris le niveau d'équipement des structures, situation sur l'utilisation des services, description des facteurs limitant l'utilisation des services par groupes cibles, actions en cours, essentiellement celles présentant des points d'ancrages potentiels pour les activités du programme de la SASDE.
- La mise en place dans les cercles de la logistique requise, des médicaments essentiels, des matériels et moyens de locomotion (véhicules, motos, vélos).

- L'identification des acteurs clés par niveau et analyse de leur rôle dans l'exécution des activités : il s'agit là d'une étape clé du processus. Elle est réalisée à travers un mini atelier regroupant les membres de l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) et les associations de santé communautaire (ASACO).
- L'élaboration de Contrats de Performance (niveau Région - Cercle, niveau Cercle et niveau village) engageant l'ensemble des partenaires impliqués dans le processus de mise en œuvre. Ces contrats précisent les responsabilités du personnel local, de district, régional et des comités communautaires. Ils ont été également utilisés comme document de travail par les agents de santé communautaires. Les contrats de performance stipulent que le programme de la SASDE fournirait des ressources essentielles (marchandises, équipements et coûts opérationnels) aux activités du projet.
- L'élaboration d'un Plan de démarrage des activités.
- La Description de poste et la répartition des tâches du personnel socio sanitaire,
- La mise en place des médicaments et des intrants par le partenaire UNICEF à savoir : La chloroquine, le paracétamol, le cotrimoxazole, la Solution de réhydratation orale (SRO), sulfadoxine-pyriméthamine (SP), vitamine A, mebendazole et moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII),
- La formation des agents de santé couvrant les centres de santé communautaires par des cours abrégés de cinq jours sur PCIME.

a) Aspect logistique :

Tableau II : La situation de la logistique fonctionnelle à Koro et à Bla en 2007 [28]

Logistique	Koro	Bla	Provenance
Motos AG100	19	24	UNICEF
Voiture 4x4	01	01	UNICEF
Ambulances	0	01	UNICEF
Vélos	1053	861	UNICEF
Frigo	26	26	UNICEF
Ordinateurs	02	02	UNICEF
Ordinateurs portables	02	01	UNICEF

L'ambulance de Koro avait fait un accident au début de 2007 et n'était plus fonctionnelle.

Pour mener à bien les activités de la SASDE l'UNICEF a mis en place, dans chaque cercle, une aide pour l'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection. Ainsi l'UNICEF fournit les vaccins aux différents CSCOM à travers les directions régionales et les CSRéf. La demande de vaccin est faite aussitôt que le seuil d'alerte est atteint (20 doses).

Une chaîne de froid rigoureuse, depuis la réception des vaccins dans le pays jusqu'à la distribution de ces vaccins dans les villages reculés dépourvus d'électricité ; celle-ci est particulièrement impérative pour la conservation des vaccins. Ainsi la prise de température biquotidienne dans les CSCOM est de règle.

Pour améliorer le transport des vaccins des sites de conservation vers les cibles, l'UNICEF a donné à chaque CSRéf un véhicule 4x4 tout-terrain, à chaque aire de santé fonctionnelle une moto YAMAHA AG100 et des accumulateurs pour la conservation des vaccins. Enfin des ordinateurs étaient mis à la disposition de chaque CSRéf pour enregistrer les données.

b) Les activités de CPN et PEV dans les cercles de Koro et de Bla :

Stratégie avancée : Elle prend en charge le PEV et la CPN avec apport en Vitamine A et l'octroi de MII aux enfants complètement vaccinés et aux femmes enceintes pendant la 1^{ère} CPN ainsi que l'octroi de Sp aux femmes enceintes et la vente promotionnelle du fer acide folique aux femmes enceintes au prix forfaitaire de soixante (60) F CFA pour trente (30) comprimés.

Le traitement intermittent présomptif du paludisme chez les enfants de 6 -59 mois à la SP en 3 doses a été effectif dans tous les cercles (administrer la première dose lors de la vaccination DTC2; la 2^{ème} dose lors de la vaccination au DTC3 et la troisième dose lors de la vaccination contre la rougeole)

A Koro et à Bla le programme SASDE a financé la stratégie avancée pendant toute l'année 2002, assurant ainsi les per diem des agents, les carburants des motos. A partir de 2003 comme indiqué dans le contrat de performance, la stratégie avancée a été laissée à la charge des ASACO ; cela a entraîné une baisse des per diem des agents de 2000 F FCA à 1000 F FCA, malgré cela les activités de stratégie avancée ont été effectives au sein des différentes CSCOM.

Stratégie mobile : organisée par le CSRéf l'équipe mobile était constituée de 5 personnes au maximum, un médecin, un chargé PEV, un aide soignant chargé de la vaccination, une matrone, et le chauffeur.

Elle se faisait une fois par mois par deux véhicules, un véhicule pour l'équipe mobile proprement dite et un véhicule pour la supervision qui servait pour le ravitaillement des vaccins. En plus de la prise en charge du PEV, de la CPN de la stratégie avancée, le médecin avec le chargé PEV faisaient la supervision des activités des différents CSCOM, des relais communautaires des villages aux alentours de leur site et ravitaillaient le reste de l'équipe en vaccins au niveau des CSCOM.

Jusqu'en 2006 dans le cercle de **Koro** trois aires de santé non fonctionnelles étaient concernées par l'équipe mobile, à partir de 2007 avec la fonctionnalité d'une nouvelle aire de santé il n'en restait plus que deux. A partir de septembre 2007 les activités de la stratégie mobile n'étaient plus effectives par manque de financement. Quand à **Bla**, en 2006 seul deux aires non fonctionnelles étaient concernées, en 2007 ces deux aires ont été fonctionnelles.

Le manque de local approprié pour la stratégie avancée/mobile et le manque de table de CPN ont été observés dans beaucoup de localités, dans ces lieux, les CPN se faisaient sur des nattes ou autres couchettes non adaptées. Il reste à noter la charge lourde pour la matrone et l'agent vaccinateur qui devaient en plus de leurs tâches quotidiennes remplir les registres, de PEV, de CPN, de MII, les MII et transporter les accumulateurs.

c) Les activités de la PCIME dans les cercles de Koro et de Bla :

A partir de fin 2003, un soutien a été accordé aux agents communautaires «relais» pour visiter chaque mois tous les ménages de leur zone afin d'enregistrer les naissances et encourager les mères à adopter un ensemble de 13 pratiques familiales essentielles relatives à la survie de l'enfant.

Par la même occasion, le programme avait soutenu les activités de terrain pour fournir des interventions et services de CPN, notamment la vaccination antitétanique, l'utilisation de la sulfadoxine-pyriméthamine pour le traitement du paludisme, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des apports de fer et d'acide folique aux femmes enceintes.

⇒ **PCIME Communautaire à Koro :**

Il y a eu trois (3) séries de formations des relais en 2003, 2004 et 2005, ainsi mille cinquante trois (1053) relais ont été formés pour promouvoir les treize PFE.

Après chaque formation les relais recevaient chacun un vélo.

Le Recyclage des relais se faisait chaque mois sous forme de supervision formative par les agents de santé des CSCOM ou du CSRéf.

En plus de la promotion des PFE, les relais devait mobiliser les femmes chaque lundi pour faire des causeries débats portant sur la prévention des IST/SIDA, l'importance de l'utilisation du sel iodé, l'importance des moustiquaires imprégnées, l'importance des CPN... .

⇒ **PCIME Communautaire à Bla :**

A Bla, les premiers relais, au nombre de six cent (600) ont été formés en 2002 pendant cinq (5) jours dans les vingt (20) aires de santé fonctionnelles de l'époque. Les séances de formation s'étaient tenues au niveau des centres des aires de santé respectives. En 2005 avec l'ouverture de deux (2) nouvelles aires de santé il y'a eu une nouvelle formation ramenant le nombre des relais à huit cent soixante un (861).

Tableau IV : Formations des relais en PCIME Communautaire à Koro et à Bla [29]

Année	Formations	Koro	Bla	Motivations	Jour	Partenaire
2002	PCIME Com.	0	600 relais	2.000 CFA/jr	05	UNICEF
2003	PCIME Com.	420 relais	0	2.000 CFA/jr	05	UNICEF
2004	PCIME Com.	420 relais	0	2.000 CFA/jr	05	UNICEF
2005	PCIME Com.	213 relais	261 relais	2.500 CFA/jr	05	UNICEF

A **Koro** ainsi qu'à **Bla**, le personnel de santé de district a formé les RC choisis sur une période de trois à cinq jours. Pendant les formations chaque relais recevait une somme forfaitaire variant selon les localités comme per diem avec des poses café et poses déjeuné. La fin des formations était couronnée par l'octroi d'un vélo à chaque relais comme outil de travail mais surtout pour le motivé. Selon la disponibilité des ressources humaines, le nombre de formation n'était pas univoque.

Dans les cahiers de relais que nous avons observé, l'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à l'âge de six (6) mois n'était pas pratiqué.

⇒ **Promotion des kits ménages :**

Cette promotion a été de courte durée par manque de fonds. Cela s'explique par le refus des familles bénéficiaires de s'acquitter de leurs dettes, ces dernières se plaignaient du manque d'éclaircissement par rapport au paiement, car ayant cru à la gratuité des kits. Ceci concerne les deux localités citées ci-dessus.

Au départ, les relais devaient s'occuper de la vente promotionnelle des kits ménages à deux cent (200), trois cent (300) F CFA selon les aires ; ces kits comportaient : du SRO, de la chloroquine, du paracétamol.

Le kit ménage servait de premiers soins aux enfants de six (6) mois à cinq (5) ans, avant de les amener au centre de santé le plus proche pour une meilleure prise en charge. L'idée était de permettre aux familles d'acquérir les premiers soins à moindre frais à leurs enfants. Ensuite les sommes récoltées de la vente devaient servir au renouvellement des kits.

⇒ **Motivations :**

De façon non formelle, la gratuité de la consultation était accordée au relais et à sa famille (sa / ses femmes, son / ses enfants).

Au fil des années, il y a eu des abandons à travers tous les centres de santé, le CSCOM central de **Koro** ville avait à son actif soixante(60) relais mais seul quinze(15) étaient restés, par contre au CSCOM central de **Bla** il ya eu seulement deux abandons, mais beaucoup d'entre eux n'étaient pas constants dans le travail.

⇒ **Choix des relais:**

Malheureusement dans les deux localités concernées, le choix a été biaisé par des considérations locales, des intérêts personnels (le vélo). Ainsi les critères d'alphabétisation, de crédibilité, et même de disponibilité n'étaient pas souvent observés, ceux qui rendaient le remplissage des guides (cahier des relais) difficile.

⇒ **Ratio relais/ménages :**

Les critères ratio relais/ménages furent difficiles à respecter car dans les deux localités les nombres de relais souhaités ont été formés progressivement, ensuite beaucoup de ces relais ont abandonné.

⇒ **Pratiques familiales essentielles :**

Dans les deux localités nous avons constaté que:

- Le bon remplissage du cahier de relais n'était pas effectif,
- Plusieurs ménages ne faisaient pas enregistrer leur enfant à la naissance,
- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois n'était pas appliqué dans beaucoup de familles,
- Certains enfants n'utilisaient pas les latrines,
- La CPN 3 n'était pas effectuée, parce que la 3^{ème} CPN trouve que les femmes ont déjà reçu leur moustiquaire imprégnée.

⇒ **PCIME clinique :**

Le programme a soutenu la mise en œuvre de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) dans les cercles de Bla et de Koro. Les médecins et infirmiers des CSRéf et CSCOM des ont été formés en matière de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Ils ont reçu des matériels adaptés aux modules de formation génériques de l'OMS. Les cours recommandés de onze(11) jours ont été ramenés à cinq jours.

Ainsi ont été formés en PCIME clinique, sept (7) infirmiers chef de poste médical (ICPM) et deux (2) médecins à **Koro**, dix (10) ICPM et deux (2) médecins à **Bla**.

Mais force est de reconnaître que plusieurs de ces agents formés étaient affectés dans d'autres localités du pays, empêchant ainsi une bonne continuité de la PCIME dans les dits cercles. Sur neuf (9) agents formés à **Koro** seul quatre étaient restés à leur poste. Aucune information précise n'était disponible sur le nombre d'agents formés résidant encore à **Bla**.

d) Les intrants :

Tableau VI: Situation des intrants à Bla au deuxième trimestre 2006 [30]

Intrants	Stock 1 ^{er} trimestre	Quantités reçues	Qtités totale en stock au début du tr.	Qtités distribuées	Qtités en stock à la fin du tr
MII	1.500	0	1.500	1.328	172
SP	18.000	0	18.000	4.416	13.584
VIT A 100.000	3.500	0	3.500	2.242	3.500
VIT A 200.000	12.000	0	12.000	2.845	9.159

Tableau VII : Situation des intrants à Koro au deuxième trimestre 2006 [31]

Intrants	Stock 1 ^{er} trimestre	Quantités reçues	Qtités totale en stock au début du tr.	Qtités distribuées	Qtités en stock à la fin du tr
MII	0	64	64	64	0
SP	71556	0	71556	11016	60540
VIT A 100.000	7029	0	7029	6567	462
VIT A 200.000	58221	0	58221	46096	12125

- **Moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) :**

Dans les cercles de **Koro et Bla**, une rupture presque totale de moustiquaires a eu lieu fin 2005 début 2006 et s'est poursuivie jusqu'au premier trimestre 2007. Ainsi l'ensemble des MII reçus pour toute l'année 2006 dans le cercle de **Bla** était estimé à mille six

cent (1600) MII soit une dotation d'un (1) mois environ [30], et à soixante quatre (64) MII [31] dans le cercle de **Koro**.

Nous avons aussi constaté des petites ruptures régulières de MII durant toute la période d'intervention **du programme de la SASDE aussi bien dans les centres de santé communautaires qu'au niveau des districts,**

La distribution des MII en générale est plus grande en stratégie avancée qu'en stratégie fixe et cela dans les deux cercles.

- **La vaccination :**

Des petites crises de vaccins ont été signalées à **Koro** et à **Bla**.

Ainsi il a été constaté à **Koro** en 2003 une perte de 51,1% de BCG, 63,8% de polio, 45,8% de VAT [32].

Dans les deux cercles SASDE étudiés nous avons constaté que la majorité des doses de vaccin étaient administrées par le biais d'activités de terrain plutôt que dans des structures fixes. La vitamine A, quant à elle, est essentiellement distribuée lors des campagnes de Semaines d'Intensification des Activités de la Nutrition (SIAN). Celles-ci sont soutenues conjointement par le gouvernement malien, l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, la Croix-Rouge et d'autres partenaires. Cette campagne nationale regroupe les vaccinations contre la rougeole et la polio, l'apport de vitamine A, le déparasitage et la distribution de moustiquaires.

4-2-3. Autres projets pouvant être associés à la santé et à la survie des enfants :

4-2-3-1. Les ONG ou projet de développement à Bla :

Tableau VIII: Quelques projets et ONG de développement dans le cercle de Bla

ONG ou projet	Domaines d'activités	Lieux d'activités
World Vision	Eau et assainissement,	Tout le cercle Bla

	éducation, santé	
Projet moyen Bani	Aménagement des vallées du moyen Bani, santé, microcrédit	Tout le cercle Bla
Alphalog	Hygiène Assainissement,	Tout le cercle
G FORCE	Lutte contre le VIH/SIDA	Commune de Bla
ASDAP	Suivi des relais SASDE, planification familiale	Tout le cercle Bla
PACCEM	Commercialisation des céréales	Tout le cercle Bla
CAECE JIGISEME	Epargne et crédit	Tout le cercle Bla

a) World Vision [33] :

WV est une ONG chrétienne qui mène plusieurs activités dans le cercle de Bla

Entre 1999 et 2004 world vision a construis trois (trois) nouveaux CSCOM à (Niamana, Bla, Beguenè), réhabilité un ancien CSCOM à Diedala, elle a aussi construis deux puits à grands diamètres dans les villages de Monguela et de Mbienina.

A partir de 2004 elle a basé ces forces sur la construction de forages et la confection de dalles pour latrines. Aussi entre 2004 et 2005 elle a construis vingt et deux (22) forages dans le cercle de Bla afin de rendre l'eau accessible à un grand nombre de personnes. Elle a parrainée dix mille enfants dont quatre mille au Bani Vallée, trois mille à Yankasso, et trois mille à Koloni.

Dans le cadre de l'éducation elle a construis quarante huit (48) classes et centres d'alphabétisations dans les différents villages du cercle.

En 2007 WV a formé soixante (60) accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR) de plus soixante villages (une ATR/village) aux différentes techniques de l'accouchement.

b) Projet moyen Bani :

Le moyen Bani est un projet gouvernemental sur la mise en valeur des plaines du moyen Bani, il concerne trois cercles, Bla et San dans la région de Ségou et Djenné dans la région de Mopti.

Le projet vise à établir le rehaussement du niveau d'eau du Bani grâce à la construction d'un barrage à Talo afin de maintenir la disponibilité de l'eau et d'aménager vingt mille (20.000) hectares de terres.

Parallèlement à l'exécution de ce programme, il a de 1999 à 2007 menés d'autres activités dont,

- La réhabilitation de quatorze (14) CSCOM et la construction de deux nouveaux dont un dans le cercle de **Bla**,
- La formation de quatre vingt dix (90) membres d'ASACO et de quarante (40) relais communautaires,
- La réalisation de vingt et neuf (29) puits à grand diamètres dans la zone du projet et en aval,
- La mise en place d'un crédit de cinquante (50) millions de francs CFA destiné aux femmes pour les activités génératrices de revenus (AGR),
- La mise en place d'un système de surveillance épidémiologique avec l'INRSP...

c) ALPHALOG (Association libre pour la promotion de l'habitat et du logement):

Est une ONG multisectorielle œuvrant dans plusieurs cercles dont celui de Bla. En partenariat avec l'Unicef et Water aid, elle a réalisé plusieurs travaux pour le bien être de la population dans le cercle de Bla,

- Des activités de sensibilisations et mobilisations autour de l'hygiène de l'eau, du lavage des mains et de l'utilisation des latrines à travers des émissions radiophoniques, des animations publiques avec des boites à images ;
- La réhabilitation de plusieurs puits à grands diamètres ;
- La réalisation de blocs avec latrines au niveau d'une trentaine d'écoles ;
- Mise en place de quatre centres de confection de dalles pour latrine ;

d) G FORCE (Groupe de Formation Etude et Consultation) :

Est une ONG qui œuvre dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA depuis janvier 2006 dans la commune de Bla. En collaboration avec les ASACO, l'ONG a formé 20 relais appelés pères éducateurs pour la mobilisation et la sensibilisation des populations contre le VIH/SIDA. Ces relais sont pour la plupart des relais du programme SASDE. Ils faisaient avec leur équipe technique plus de 92 projections vidéo sur le VIH par an dans toute la commune avec au minimum une projection par village.

e) PACCEM (Programme d'Appui à la Commercialisation des Céréales au Mali) :

Financé par l'Agence Canadienne de Développement Internationale, il existe depuis 1996 dans 3 cercles à savoir Niono, Bla, Ségou.

Ce programme prête de l'argent aux cultivateurs et le remboursement se fait en nature (céréales). Ces céréales sont vendues à la FAO, au PAM ou aux grands commerçants. Le bénéfice revient aux paysans sous forme de ristourne.

f) CAECE JIGISEME :

La caisse associative d'épargne et de crédit des entrepreneurs et commerçants du Mali travaille aussi dans le domaine de l'agriculture, du maraîchage. Elle prête des sommes aux AGR afin qu'elles réalisent leurs différentes activités.

4-2-3-2. Les ONG ou projet de développement à Koro :

Tableau IX: Quelques projets et ONG de développement dans le cercle de Koro

ONG ou projet	Domaines d'activités	Lieux d'activités
World Vision	Eau et assainissement, éducation, santé	Toroli ADP, Koro ADP, Togogana ADP
ARAFD	Hydraulique	Koro, Koprona
AEM	Education, hydraulique	Tout le cercle
GIE Guinedou	Epargne et Crédit	Tout le cercle
ASF	Sécurité alimentaire	Tout le cercle
AMPRODE Sahel	Education	Tout le cercle
ASDAP	Suivi des relais SASDE, planification familiale	Tout le cercle

a) World Vision [34]:

Existant dans trois zones, Toroli ADP, Koro ADP, Togogana ADP, WV s'est intéressée à deux secteurs principaux (eau et éducation) et à deux secteurs secondaires (santé et développement).

Entre 2000 et 2002, World Vision a réalisé vingt sept (27) forages dont quinze à Toroli et une douzaine de puits à grands diamètres pour rendre l'eau potable accessible à la population.

Grâce aux salles de classes construites et équipées par WV plusieurs enfants sont inscrits à l'école.

A travers le parrainage l'occasion a été donnée à six mille (6000) enfants d'aller à l'école et de recevoir des soins de santé gratuits.

Une fois par an WV fait la sensibilisation des populations sur le trachome.

En 2007 WV a formé vingt maçons (deux maçons par village) à la confection des dalles pour latrine.

b) ARAFD (Association Recherche Femmes et Développement) :

En association avec l'Unicef et Water aid, l'ONG ARAFD a œuvré dans le cercle de Koro entre fin 2004 et fin 2006.

Travaillant dans le secteur eau et assainissement elle a permis à Koprana et à Koro ville la :

- ✓ Réalisation de cinq forages,
- ✓ Réhabilitation de cinq forages en panne,
- ✓ Réhabilitation de huit puits à grands diamètres,
- ✓ Confection de plusieurs dalles pour latrine.

c) AEM (Agence Evangélique de Développement du Mali) :

L'AEM est une ONG chrétienne œuvrant dans la région de Mopti.

Agissant dans le cercle de Koro, elle s'occupe essentiellement des volets éducation, eau et assainissement.

Dans ce cadre elle a :

- ✓ Formé plusieurs maçons pour la confection de biches pour les puits à grands diamètres, ces maçons servent désormais de prestataires à d'autres ONG,
- ✓ Réalisé plus d'une dizaine de puits à grands diamètres,
- ✓ Fait subir à 326 enfants de 8 à 12 ans des cours intenses afin qu'ils puissent intégrer les salles de classe à différents niveaux.

d) GIE Guinedou (Groupement d'Intérêt Economique) :

Est un réseau des caisses villageoises d'épargne et de crédit autogéré du pays Dogon, il existe depuis 1986 dans le cercle de Koro. Ce GIE :

- Octroie des crédits aux groupements de femmes, aux cultivateurs pour la réalisation de leurs différentes activités,
- Fait des formations sur le crédit et épargne.

e) ASF (Agriculture Sans Frontière) :

En partenariat avec CARE International, la Coopération Suisse, l'ASF œuvre depuis 1993 dans le cercle de Koro en faveur de la sécurité alimentaire.

Les activités spécifiques menées que l'ASF sont entre autres :

- L'octroie de crédit à 30 groupements féminins
- La construction de 5 magasins pour la conservation du sésame
- La dotation de 26 associations féminines en Kit agricole (Charrette, charrue, bœufs, semences) pour la culture du sésame
- L'achat jusqu'à hauteur de 45 millions des récoltes de sésames.
- 1995, 1996 : La formation et le recyclage de six accoucheuses traditionnelles recyclées (ATR) pour trois villages au CSRéf pendant une semaine
- 1993-1997 : La construction et l'équipement de 3 cases de santé

f) AMPRODE Sahel (Association Malienne pour la Protection et le Développement de l'environnement au Sahel) :

Installée à Koro, cette ONG œuvre essentiellement dans le domaine de l'éducation avec comme activités principales :

- L'élaboration du contrat de performance entre l'ASACO et les associations des parents d'élèves visant une meilleure prise en charge des enfants en cas de maladie,
- La formation des associations des parents d'élèves (APE),

- La construction et l'équipement des cantines scolaires,
- La construction des latrines dans les écoles et medersas.

4-3. Quelques projets ou ONG œuvrant pour la santé dans le reste du Mali :

Tableau X: Quelques projets et ONG de développement dans le reste du Mali

ONG ou projet	Domaines d'activités	Lieux d'activités
Save the Children	Santé	Régions de Sikasso, Ségou
HKI	Santé : nutrition	Région de Koulikoro
KèneyaCiwara	Santé : PEV, CPN, PCIME	13 Districts Sanitaires
ARCAD/SIDA	Santé : VIH/SIDA	Région de Koulikoro
Plan Mali	Santé : PEV, CPN, PCIME	Régions de Koulikoro, Kayes
World Vision	Eau, Education, Santé	Plusieurs régions du Mali

a) **Save the Children :**

Au Mali, depuis 1987, Save the children a mis en œuvre divers programmes sur la survie de l'enfant.

En 2005 Save the Children a œuvré dans les cercles de Bougouni, Kolondiéba, Kayes et Ségou pour :

- Lutte contre le paludisme et les IRA
- ✓ La promotion des MII à travers les coopératives avec la collaboration de la CMDT,
- ✓ La mise en place des caisses pharmaceutiques de chloroquines et de paracétamols,
- ✓ L'étude sur la bonne manipulation des CAT par les Relais en remplacement de la chloroquine.
- La Nutrition
- ✓ La formation des formateurs nationaux et internationaux.
- La lutte contre les maladies diarrhéiques

✓ La distribution de Zinc.

b) HKI (Helen Keller International) :

Helen Keller International fonctionne au Mali depuis Mars 1998 et fournit une assistance technique au gouvernement et aux ONG dans le cadre de la lutte contre la malnutrition dans toutes ses formes. Essentiellement HKI intervient dans l'apport en vitamine A.

Dans la région de Koulikoro, HKI a formé plusieurs agents de santé sur la prise en charge de la malnutrition aiguë.

c) KèneyaCiwara :

Lancé en 2003, KèneyaCiwara est une organisation non gouvernementale (ONG) financée par l'USAID et mise en œuvre par CARE et ses partenaires, le projet KèneyaCiwara se bat pour l'excellence en matière de santé. Il vise à réduire le taux de mortalité chez les femmes et les enfants au Mali. KèneyaCiwara œuvre dans 17 districts sanitaires de 13 cercles et du district de Bamako. A l'instar du programme de la SASDE, KèneyaCiwara a développé un paquet complet des interventions de PEV plus, PCIME plus, et CPN plus dans ces différents districts sanitaires.

d) ASDAP (Association de soutien au développement des activités de la population) :

C'est une ONG nationale sollicitée en 2004 par l'UNICEF/Mali pour renforcer la mise en œuvre de la composante communautaire du programme de la SASDE. Son intervention a porté sur les six districts sanitaires pilotes comptant

118 484 ménages, pour une moyenne de sept (7) personnes par ménage.

Les principales stratégies utilisées pour la promotion des pratiques familiales essentielles au niveau des ménages, étaient le transfert de capacités vers les acteurs communautaires de la santé au niveau des Centres de santé communautaires et le suivi des activités menées par les quelques 4000 personnes relais communautaires auprès des ménages.

L'équipe de mise en œuvre était composée de deux agents par district et la coordination générale assurée par la direction de l'ASDAP.

Dans le cadre de ses activités de promotion de la PF, en plus des services techniques du ministère de la santé, ASDAP travaille avec plusieurs partenaires, parmi lesquels nous pouvons citer l'USAID, World Learning, ATN, Projet KèneyaCiwara.

e) ARCAD/SIDA (Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA :

En partenariat avec le ministère de la santé, le secrétariat exécutif du haut conseil de lutte contre le SIDA, certaines ONG locales et sous le financement de la Fondation Bristol-Myers SQUIBB ; ARCAD/SIDA contribue à réduire la propagation de l'infection à VIH/SIDA et à atténuer son impact sur l'individu, la famille, et la communauté dans la région de Koulikoro.

f) World Vision :

World Vision est une ONG internationale chrétienne, travaillant en partenariat avec l'Unicef, l'OMS et l'Organisation internationale du travail (OIT). En partenariat avec les missions, elle a commencé à travailler au Mali en 1975.

Son premier protocole d'accord avec le Gouvernement du Mali a été signé en 1985 [35].

Dans l'aide au développement durable, World Vision apporte son expertise dans 4 domaines principaux : accès à l'eau potable, à l'aliment, à l'éducation et à la santé.

g) Plan Mali :

Dans les années 1970 et au début des années 1980, le Mali a connu des années de sécheresse, ce qui a provoqué la faim, la perte des bétails et l'affaiblissement de son économie. Ceux-ci ont amené une ONG à s'intéresser au Mali surtout dans le domaine de la santé. Plan Mali a surtout concentré ses efforts sur les régions de Koulikoro et de Kayes.

- Financement du PEV
- Construction et équipement des CSCOM
- Octroi de motos et de réfrigérateurs aux différents CSCOM
- Prise en charge des motos (entretien et carburant)
- Formation des présidents ASACO et des Chef de poste en gestion administrative et financière.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

De 2000 à 2007 hormis l'invasion acridienne peu ressentie au Mali, il n'ya pas eu de catastrophes naturelles, de famines ou autres situations calamiteuses susceptibles d'influencer les effets des interventions ciblées dans les cercles de Koro, Bla et dans le reste du Mali. Cependant les changements de politique nationale, les projets et programme sur la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement ont pu influencer les effets de ces interventions dans les cercles de Koro et Bla et dans le reste du Mali.

5-1. Les points forts du Programme de la SASDE :

Le PEV plus :

- La disponibilité des ressources, surtout pour les fournitures et les activités de terrain ;
- Approvisionnement correcte en antigènes avec un Seuil de commande 20 à 40 doses ;
- Respect rigoureux de la chaîne de froids avec des relevés biquotidiens effectives de la température) ;
- La distribution de MII aux enfants complètement vaccinés a incité les mères à aller vacciner leurs enfants.

Dans la CPN plus :

- la distribution des MII a suscité à plus d'un titre la mobilisation des femmes enceintes vers au moins la première CPN

La PCIME plus a contribué à :

- La correction de l'estimation du nombre des naissances par le recensement des naissances à domicile,

- La mobilisation et la recherche des enfants pour un calendrier vaccinal correcte,
- La mobilisation des femmes enceintes vers les CPN.

5-2. Les points faibles du programme de la SASDE:

- Le manque de local approprié pour la stratégie avancée/ mobile.
- le manque de table de CPN.
- la charge lourde pour la matrone et l'agent vaccinateur.
- La fréquence des femmes enceinte est plus grande en CPN1 que dans les deux autres, cela parce que la distribution des MII incite les femmes à faire au moins la 1^{ère} CPN. Cette première CPN se passe généralement à un temps différent du 1er trimestre (Honte, peur).
- Les petits cas de ruptures d'antigènes suite à une sous estimation de la population (Utilisations des données administratives du cercle).
- La grande rupture couvrant presque toute l'année 2006.
- La PCIME souffre, du manque de personnel formé, du manque de recyclage, de motivations des relais.
- Les kits ménages au niveau des ménages qui ont été mis en place ont été utilisés sans renouvellement.
- Abandons des relais, la principale cause des abandons des relais est surtout liée au manque de motivation, et nombre d'entre eux ont viré dans l'enseignement.
- Les interventions nutritionnelles n'ont pas été une forte composante du programme de la SASDE, en dehors de l'apport de vitamine A.

5-3. Développement des structures sanitaires :

La construction et l'équipement de nouveaux centres de santé communautaires ont pu avoir un effet positif net sur la couverture des services. Ainsi dans chacun des deux cercles (Koro et Bla) nous avons constaté entre 2000 et 2007 l'ouverture de nouveaux CSCOM. Les interventions liées aux activités de terrain des centres de santé communautaires ont considérablement augmenté.

5-4. Critères de sélection des Districts Hauts Impacts (DHI) :

Parmi les critères de choix des DHI par le programme de la SASDE figuraient « une équipe sanitaire de district complète et dynamique » et l'existence d'une majorité de CSCOM fonctionnels. Ces critères ont pu potentialiser les efforts du programme dans les DHI de Koro et de Bla.

5-5. Changements de politiques de santé:

Dans le système de santé publique au Mali, de nombreux services sont fournis sur le principe du recouvrement des coûts.

Cependant des efforts inlassables fournis par le gouvernement et ces partenaires ont rendu certains services gratuits sur toute l'étendue du territoire national à savoir :

- ✓ La fourniture de MII aux femmes et aux enfants,
- ✓ La césarienne,
- ✓ Les médicaments anti paludéens,...

Malgré ce changement de politique de première intention en fin 2005, les CTA n'étaient toujours pas disponibles dans la majorité du pays en fin 2006 début 2007.

5-6. Autres activités dans les DHI de Koro et de Bla :

Un certain nombre de partenaires (ASDAP, Word Vision, ARAFD, G FORCE...) ont soutenu des activités sur la survie de l'enfant dans les DHI sélectionnés (Koro et Bla).

De nombreux autres projets locaux et ONG se sont concentrés sur l'éducation, l'alphabétisation, l'agriculture, l'eau et l'assainissement, la réduction de la pauvreté par le microcrédit. Ces activités relativement locales ont probablement contribué à l'augmentation de l'impact des interventions du programme de la SASDE.

5-7. Autres activités dans le reste du Mali :

Parallèlement à la SASDE plusieurs partenaires de développement dans le reste du Mali ont réalisé des projets liés à la survie de l'enfant.

Ainsi le projet KèneyaCiawara de Care Mali œuvre dans treize(13) cercles à réduire le taux de mortalité chez les femmes et les enfants à travers la PCIME, la CPN, le PEV.

Plan Mali à travers son programme santé a réalisé des activités (PEV, CPN, PCIME) sur la survie de l'enfant dans la région de Kayes.

En 2005, Save the children a mis en œuvre un programme sur la survie de l'enfant dans les régions de Sikasso et de Ségou à travers la lutte contre le paludisme et les IRA, la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques par la distribution de zinc.

5-8. Nutrition dans la SASDE et au niveau national :

En dehors de l'apport de vitamine A, nous avons constaté que les interventions nutritionnelles n'ont pas été une forte composante des plans nationaux et de la SASDE.

Une étude du centre de recherche et documentation sur la survie de l'enfant (CREDOS) réalisée dans les DHI de Kolokani, Niono et Koro a conclu que les agents de santé disposaient du matériel

nécessaire pour évaluer l'état nutritionnel, mais peu d'entre eux ont réalisé des évaluations nutritionnelles à l'exception de Kolokani.

Cependant à **Bla** World Vision à mener des activités de nutrition en créant des foyers de récupérations nutritionnelles, chaque trois (3) mois les enfants sont pesés, ainsi ceux qui sont mal nourris, sont systématiquement gardés pour une meilleure prise en charge.

VI CONCLUSION :

Les efforts fournis par la SASDE dans le cadre de l'exécution de son programme ont permis d'accélérer les interventions (PEV, CPN, PCIME) sur la survie de l'enfant dans les cercles pilotes. La disponibilité des intrants, les stratégies appliquées pour atteindre les populations cibles, sont probablement associées à une augmentation de la couverture des CPN, PEV d'abord les cercles pilotes, ensuite dans le reste du Mali parce que le programme de la SASDE a incité d'autres programmes à initier les mêmes interventions dans d'autres localités du Mali. L'année 2004 a été marquée par le passage de la SASDE du statut de « recherche opérationnelle », à celui de stratégie nationale totalement intégrée dans le Programme de Développement Socio-Sanitaire(PRODESS).

Cependant les efforts inlassables fournis par les ONG et d'autres programmes de développement ont permis de potentialiser l'impact des interventions du programme SASDE.

En effet il y a eu une réduction de 24% du taux de mortalité infanto-juvénile dans les DHI et dans le reste du Mali [36], ce qui est proche de l'objectif souhaité (25%).

Par contre la grande rupture de MII de l'année 2006, l'abandon, l'inconstance des relais communautaire, l'affectation des médecins formés en PCIME clinique dans d'autres localités du Mali ont pu de façon négative influencer les effets du programme SASDE.

VII RECOMMANDATIONS :

7-1. Aux partenaires financiers :

- Réduire le dosage des vaccins de BCG de 20 à 2 doses afin d'éviter les pertes de vaccins,
- Tenir compte du taux des pertes BCG dans l'estimation du besoin,
- Eviter les ruptures de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII),
- Faire des efforts pour accorder la priorité à la gestion et à la garantie des fournitures,
- Renforcer la motivation des relais communautaires pour réaliser les activités de PCIME Communautaires,
- Inclure les interventions nutritionnelles aux futurs efforts.

7-2. Aux autorités locales :

- Construire des locaux appropriés pour la stratégie avancée,
- Faire une bonne estimation de la population cible enfin d'éviter les ruptures de vaccins,
- Faire un choix crédible des relais communautaires en exigeant un certificat de fréquentation pour un bon remplissage du cahier des relais.

7-3. Au ministère de la santé :

- Former des maintenanciers pour la gestion des ordinateurs,
- Former tous les agents de santé du Mali en PCIME clinique,
- Former des agents pour la gestion des données du PEV et des CPN,
- Accorder une grande priorité à la gestion et à la garantie des fournitures.

7-4. Aux médecins chefs des CSRéf :

- Suivre et évaluer les contrats de performance signés dans tous les CSCOM,
- Analyser les résultats des monitorages dans les aires de santé, dégager les axes prioritaires d'appui aux CSCOM et suivre la mise en œuvre des solutions correctrices.

7-5. Aux infirmiers chefs de poste médical :

- Vérifier le niveau d'étude des relais choisis par la communauté,
- Faire la supervision correcte du cahier des relais,
- Mettre l'accent sur la gestion et la supervision des agents communautaires.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

[1] République du Mali, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, *Rapport 2006 sur la situation de l'enfant malien*,

[2] DNS, EDSM III : Enquête Démographique et de Santé, troisième édition réalisé en 2001 au Mali

[3] Malin Trop Afrique,

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique,

Paludisme

Editions John LibbeyEurotext, 2002, Paris, 519 p.

[4] WARREL DAVIDE A.

Pathophysiologie du paludisme grave

Cahiers de santé 1993; 3: 276-279p.

[5] Mali, **Le Paludisme demeure un problème Majeur de Santé Publique**

<http://malariaafrica.wordpress.com/2008/03/03/mali>, 07/06/10, 10h 45

[6] MARC GENTILINI, Médecine tropicale, Edition Flammarion, Paris, 1996, 91-111p

[7] OMS : Rapport d'une consultation technique, Genève, 4-5 avril 2001.

[8] BIAPO KAYO Co infection Paludisme et VIH/SIDA dans les services de Médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G., Thèse, Médecine, Bamako 2004.

[9] DOUMBIA O. Paludisme au Mali: passé, présent et avenir

[10] JOCELYNE MAURIZI- BALZAN, Pr. PHILIPPE ZAOUÏ Insuffisance rénale chronique: définition, physiopathologie, épidémiologie, mars 2004 http://www-sante.ujf_grenoble.fr

[11] **HARRISON**, Principes de MEDECINE INTERNE, 15^e EDITION,

Paludisme et Babésiose : Maladies dues à des parasites des érythrocytes, 214 : 1204 p

[12] **DNS, EDSM IV** : Enquête démographique de santé du Mali ; quatrième édition Bamako
décembre 2007

Le paludisme

[13] **WARREL DAVIDE A.** Pathophysiologie du paludisme grave

Cahiers de santé 1993; 3: 276-279p.

[14] **Malin trop Afrique,**

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique

Infections respiratoires basses.

Editions John LibbeyEurotext, 2002, Paris, 164p.

[15] **Malin Trop Afrique,**

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique

Edition 2002, John LibbeyEurotext, Paris, 162 p.

[16] **DNS, EDSM IV** : Enquête démographique de santé du Mali ; quatrième édition. Bamako
décembre 2007 : 497 p

Les infections respiratoire aigües

[17] **HARRISON,**

Principes de MEDECINE INTERNE, 15^e EDITION, 834 p.

[18] **Malin Trop Afrique,**

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique

Diarrhées infectieuses

Edition 2002, John Libbey Euro text, Paris, 187-190p.

[19] **HARRISON,**

Principes de MEDECINE INTERNE, 15^e EDITION, 834 p.

[20] **EDSM IV** : Enquête démographique de santé du Mali ; quatrième édition.

RÉSULTATS : Enquête ménages et enquêtes individuelles, 2006, 18-22p.

[21] **HARRISON**,

Principes de MEDECINE INTERNE, 15^e EDITION, chap.74, 455-456p.

[22] **Médecins Sans Frontières**:[De la faim à la malnutrition](#),

<http://www.msf.ch/index>. 14/10/09, 12H 50

[23] **Institut géographique du Mali (IGM)**, le Mali démographie

[24] **Bulletin de Statistique 2008** du Ministère de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, publié en octobre 2009.

[25] **Loi N°99-035 du 10 août 1999** [portant création des collectivités territoriales de cercles et de régions](#)

[26] **Résultats provisoires du Recensement général de la population et de l'habitat 2009** sur Institut national de la statistique (Mali), 2010. Consulté le 18 mars 2010

[27] **Rapport d'activités de la SASDE en 2006**

[26] **Données des rapports d'activités d'avril 2003** des cercles de Bla et de Koro.

[27] **Données rapports d'activités d'avril 2003**

[28] **Bordereaux de livraison des matériels à Koro et à Bla.**

[29] **Rapports 2002 et 2005 de la SASDE de Bla et de Koro**

[30] **Rapport des activités du deuxième trimestre 2006** du programme survie et développement du jeune enfant (SDJE) à Bla

[31] **Rapport des activités du deuxième trimestre 2006** du programme survie et développement du jeune enfant (SDJE) à Koro.

[32] Données des rapports d'activités d'avril 2003 du cercle de Koro.

[33] Rapport annuels 1999-2007 de World Vision Bla.

[33] Rapports annuels 2000-2007 de World Vision Koro (disponibles au niveau de son siège à Koro).

[35] <http://www.sante.gov.ml/index.php>, 16/9/10, 9h15.

[36] DNS : EDSM IV : Enquête démographique de santé du Mali ; quatrième édition.

ANNEXE I :

Activités PEV :

Année	Activités avec l'appui de la SASDE						Autres notes
	Dotation en antigènes	Renforcement de PEV stratégie fixe	Types d'activités/renforcements	Renforcement de PEV stratégie avancée/mobile	Types d'activités/renforcements	Distribution de vitamine A aux enfants Campagnes vaccination	

ANNEXE II :

Activités MII :

Année	Activités avec l'appui de la SASDE						Autres notes/constats
	Distribution de MII chez les enfants aux CSCOM	Distribution de MII chez les enfants en stratégie avancée/mobile	Distribution de MII chez les femmes enceintes aux CSCOM	Distribution de MII chez les femmes enceintes en stratégie avancée/mobile	Distribution d'imprégnation ou distribution		

ANNEXE III :

Activités PCIME :

Année	Activités avec l'appui de la SASDE						Autres notes/constats
	Formation de la PCIME (notez combien de jours et combien d'agents)	Supervisions de la PCIME	Sélection des relais (notez combien de relais)	Formation des relais	Supervisions des relais		

Année	Activités avec l'appui de la SASDE						Autres notes/constat
	Renforcement de la CPN en stratégie fixe	Types d'activités/renforcements	Renforcement de la CPN en stratégie avancée/mobile	Types d'activités/renforcements	Distribution de vitamine A aux femmes enceintes	Campagnes vaccination	

Activités CPN :

ANNEXE V : Fiche de collecte pour les projets dans les zones de la SASDE

Q1. Code de fiche/enquête :

Q3. Département :

Q5. Institution/ONG :

Q2. Personne menant l'entretien :

Q4. Zone Sanitaire(s) :

Q7. Information de contact :

Q6. Nom et prénom du répondant :

Année	Q8. Type du projet (c.à.d.	Q9. Activités spécifiques	Q10. Indication des efforts	Couver
	santé de reproduction, santé des enfants, eau et assainissement, renforcement de structures de santé, micro crédits, etc.)	(c.à.d. distribution de vitamine A, mise en place de puits, formation des agents de santé en PCIME, etc.)	(nombre de formations, nombre de moustiquaires distribuées)	des con couvert Q11. C

Q13. L'Institution/ONG a-t-il eu des liens avec la SASDE/UNICEF

Q14. Si oui, veuillez noter les détails sur les liens/type de collaboration SASDE/UNICEF

Q15. Les documents/ rapports du projet partagés ou révisés. (Notez ici les titres des documents et joindre une copie de chaque document à cette fiche.

Annexe VI : Facteurs contextuels importants à considérer dans l'évaluation du programme de la SASDE



Disponible dans l'EDS et autres enquêtes

Disponible dans les documents et rapports

Pour compléter dans « cartographie des projets et politiques au Mali »

Catégories	Facteurs	Source de données/informations
Caractéristiques de l'environnement	Source d'eau de boisson	EDS/Autres enquêtes/RGPH (recensement)
	Assainissement	EDS/Autres enquêtes/RGPH (recensement)
	Urbanisation	recensement
Condition de santé de base	Mortalité néonatale, infantile, et infanto-juvénile	EDS
	Causes principales de décès chez les enfants	Projets de recherche/CHERG à l'OM
	Prévalence de la malnutrition	EDS
Caractéristiques du système de santé	Disponibilité d'accès aux services/structure de santé	Annuaire statistique et rapports locaux surveillance
	Nombre et type d'agents de santé	Annuaire statistique et rapports locaux surveillance
	Gestion des médicaments (rupture de stocks,....)	Rapports et ressources humaines niv national et local
	Tarifs et coûts pour les soins primaires	Rapports et ressources humaines niv national et local, ainsi que les informateurs nationaux et locaux
	Utilisation des services de santé pour les maladies des enfants	EDS /Annuaire statistique et rapports locaux de monitoring
	Disponibilité des services de référence	Annuaire statistique et rapports locaux monitorage
	Changements dans la politique de	Rapports et ressources humaines niv

	traitement de premier recours (antipaludéens,...) et les antigènes dans le PEV	national et local
Présence d'autres projets pouvant être associés à la santé et la survie des enfants	Activités pour la survie des enfants (avant la SASDE)	Cartographie des projets et les politi au Mali
	Autres projets ou initiatives pour la survie des enfants	Cartographie des projets et les politi au Mali
	Projets de renforcement de santé/ des capacités des agents	Cartographie des projets et les politi au Mali
	Projets de nutrition (surveillance de la croissance des enfants, centres nutritionnels, etc....)	Cartographie des projets et les politi au Mali
	Projets d'eau et d'assainissement	Cartographie des projets et les politi au Mali
	Projets de réduction de la pauvreté (micro-crédits,...)	Cartographie des projets et les politi au Mali

ANNEXES VI

LE CONTRAT DE PERFORMANCE :

Caractéristiques du présent contrat :

Le présent contrat de performance est avant tout un outil de gestion facilitant la définition des responsabilités et des attentes entre d'une part l'ASACO de.....et d'autres part les prestataires des services de son CSCOM afin d'accomplir des objectifs de couvertures sanitaires convenus ensemble.

MAIRIE-ASACO-PERSONNEL DE SANTE DU CSCOM

CONTRACTANTS :

Entre : D'une part :

- Le Maire de la commune de.....
- L'ASACO dereprésenté par son président,
- Le Médecin chef et le chef du service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES) de cercle considérés comme conseillers techniques de l'ASACO.

Et : D'autre part : le personnel du CSCOM

- Le chef de poste médical,
- La matrone,
- L'aide soignant,
- Le gérant,
- Le manœuvre gardien,

Tous considérés comme personnel du CSCOM de.....

OBJECTIFS DU CONTRAT :

- **Objectifs généraux :**
 - a) Réduire la mortalité infanto juvénile de 15% après 3ans et de 25% après 5ans.
 - b) Réduire la malnutrition infanto juvénile de 15% après 3ans et de 25% après 5ans.

- **Objectifs spécifiques :**

- Rendre disponibles les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités du présent contrat de performance,
- Assurer les soins préventifs, curatifs et promotionnels (en quantité et en qualité) à la population de l'aire, plus particulièrement les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes,
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités du présent contrat.

Résultats attendus :

- 80% de couverture effective pour la vaccination infantile (tous les antigènes),
- 0,33 NC/habitant/an comme taux d'utilisation des services des soins curatifs,
- Taux de guérison des maladies (paludisme, IRA, diarrhées) de l'enfant égal à 80%,
- 100% des cas compliqués et ne pouvant être soignés au CSCOM référés,
- 80% des femmes ont effectués au moins 3 CPN,
- 70% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié du CSCOM et les ATR,
- 50% des femmes ayant accouché au CSCOM allaitent exclusivement leurs enfants au sein pendant 6 mois au moins,

- 100% des urgences obstétricales ne pouvant être prises en charge au niveau du CSCOM sont évacuées vers le CSRéf
- 100% des relais et ATR de l'aire de santé sont suivis dans la mise en œuvre des activités de réduction de la mortalité au niveau des ménages par l'ICPM / Matrone ou son délégué,
- 80% des ménages appliquent les 13 PFE.

RESPONSABILITES DES CONTRATANTS (description des postes) :

➤ Contractant 1 : l'ASACO et la Mairie :

L'ASACO a la responsabilité de :

- Fournir les ressources au personnel du CSCOM pour l'exécution des activités du présent contrat en vue d'obtenir des résultats suscités,
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du présent contrat de performance,
- Rendre compte au Maire de la commune et au médecin chef de cercle de l'utilisation des ressources mises à la disposition par la commune, le cercle et les différents bailleurs,
- Rendre compte des résultats obtenus après la période du présent contrat (causes contraintes et solutions alternatives, atouts et points forts de la mise en œuvre) au Maire et médecin chef de cercle.

Plus concrètement :

A travers son président, l'ASACO s'engage à :

- Participer à l'élaboration du micro plan de l'aire de santé,

- Mobiliser toutes les ressources tant humaines, matérielles que financières pour la réalisation des activités du micro plan semestriel et celles du présent contrat,
- Fournir les ressources nécessaires à l'équipe du CSCOM,
- Gérer les ressources humaines, financières et matérielles du CSCOM dans le sens de l'atteinte des objectifs du présent contrat,
- Elaborer les rapports mensuels de gestion du CSCOM, rapports adressés au médecin chef du cercle avec une copie au Maire de la commune,
- Participer aux séances de monitoring semestriel organisées au niveau de l'aire de santé et du cercle,
- Organiser mensuellement des réunions ordinaires de suivi des activités de micro plan mises en œuvre (ASACO+Personnel du CSCOM+Relais communautaire/ATR),

Le Maire a la responsabilité de :

- Appuyer l'ASACO dans la mobilisation des ressources et la mobilisation sociale,
- Veiller à l'utilisation rationnelle des ressources,
- Participer à différentes réunions des organes de gestion,
- Participer aux séances de monitoring semestriel organisées au niveau de l'aire de santé et du cercle,
- Veiller à la mise en œuvre du micro plan des activités,

- Veiller au respect des termes du présent contrat.

➤ **Contractant2** : Le médecin chef /chef SDESES du cercle de.....

Ont la responsabilité d'assurer un appui technique à l'ASACO pour améliorer les prestations de l'équipe du CSCOM.

Plus concrètement :

- Veiller à la formation de l'équipe du CSCOM et des relais communautaire/ATR se trouvant dans l'aire de santé sur les stratégies et activités relatives à la réduction de la mortalité infanto juvénile et maternelle,
- Assurer la supervision mensuelle des CSCOM ?
- Appuyer l'organisation et la réalisation des monitorages semestriels et l'élaboration des micros plans dans l'aire de santé,
- Veiller à la réalisation des stratégies avancées au niveau des villages de l'aire de santé.

Les contractants ci-dessous tous personnels du CSCOM, auront la responsabilité de veiller à la réduction de la mortalité infanto juvénile et maternelle dans l'aire de santé en mettant en œuvre, à de degrés divers, les activités de PMA dans l'aire de santé par la stratégie fixe et la stratégie avancée.

➤ **Contractant 3a** : L'IPCM devra :

- Elaborer, avec les autres membres de l'équipe, l'ASACO, les collectivités et les organisations de la société civile le micro plan de l'aire de santé,

- Assurer les séances de vaccination en centre fixe et/ou stratégie avancée,
- Assurer la prise en charge des malades conformément aux normes et procédures et protocoles thérapeutiques en vigueur,
- Assurer le suivi des animateurs, relais communautaires et ATR dans le cadre de la mise œuvre des activités,
- Organiser les séances de monitoring semestriel de l'aire de santé,
- Participer au monitoring au niveau du cercle,
- Assurer la bonne gestion des ressources mises à la disposition du CSCOM pour les activités,
- Assurer toutes les autres activités de gestion du centre, à savoir :
 - Le suivi de la chaîne de froid,
 - La surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique,
 - Les réunions des organes de gestion du CSCOM,
 - Le suivi des activités SASDE au niveau de l'aire,
 - L'élaboration, l'analyse et la transmission des rapports mensuels et trimestriels.
- Faire les commandes des médicaments et consommables ;
- Fournir la situation mensuelle des intrants.

➤ **Contractant 3b** : La matrone devra :

- Assurer les consultations prénatales,
- Assurer le suivi de l'accouchement à l'aide d'un partogramme,
- Assurer les consultations post-natales et la planification familiale (PF),
- Assurer les soins aux accouchées et aux nouveau-nés,
- Assurer la référence des cas (grossesse à risque et urgences obstétricales) au CPM,
- Tenir des séances de communication pour le changement de comportement (CCC),
- Assurer la vaccination en entre fixe et en stratégie avancée,
- Assurer le suivi des ATR de l'aire de santé,
- Elaborer les rapports mensuels des activités réalisées,
- Participer aux séances de monitoring semestriel de l'aire de santé,
- Rendre compte des activités réalisées et des résultats obtenus au CPM.

➤ **Contractant 3c** : L'aide soignant (e) devra :

- Assurer les soins courants aux malades selon les normes sous la responsabilité du CPM,
- Assurer les séances de vaccination (en stratégie fixe ou avancée),

- Préparer tous les matériels requis pour les séances de vaccination et de suivi des enfants sains,
- Participer aux séances de monitoring semestriel de l'aire de santé,
- Rendre compte des activités réalisées et des résultats obtenus à l'ICPM.

➤ **Contractant 3d** : Le gérant devra :

- Tenir les supports à jours (fiches de stock, cahier de recette, journal.....),
- Délivrer les tickets de consultation aux malades,
- Verser les recettes des médicaments et de la tarification au trésorier,
- Exprimer les besoins en médicaments au CPM,
- Réceptionner les médicaments et consommables avec le représentant de l'ASACO,
- Délivrer les médicaments aux malades et leurs en expliquer la posologie,
- Assurer le suivi de la gestion de médicaments, des moustiquaires imprégnées et de tous les intrants,
- Faire l'inventaire mensuel des médicaments, consommables et intrants,
- Participer aux séances de monitoring semestriel de l'aire de santé.

➤ **Contractant 3e** : Le manœuvre/gardien devra :

- Assurer la propreté des locaux et de la cour,

- Assurer la garde des matériels et autres biens du CSCOM.

DESCRIPTION DES MOYENS NECESSAIRES/MODALITES D'OBTENTION :

➤ Pour le contractant 1 : L'ASACO

L'ASACO a la responsabilité de :

- Fournir au CSCOM les moyens nécessaires pour l'atteinte des objectifs du présent contrat :
 - Matériels techniques, moto,
 - Carburant pour la chaîne de froid et la moto,
 - Entretien de la moto et de la chaîne de froid,
 - Prise en charge des frais de subsistance pour la stratégie avancée.
- Formuler une requête aux partenaires à travers le médecin chef,
- Justifier les moyens matériels et financiers mis à sa disposition, selon les procédures de chaque partenaire.

➤ Pour le contractant 2 : Le médecin chef/chef SDSSES de cercle :

Le médecin chef/chef SDSSES de cercle a la responsabilité de :

- Fournir au CSCOM
 - Les intrants et consommables : moustiquaires imprégnées insecticides (MII), sulfadoxine pyriméthamine (SP), fer acide folique (FAF), vitamine A, vaccins....

- Le matériel technique, la logistique (moto, réfrigérateur).
- Formuler une requête aux partenaires,
- Justifier les moyens matériels et financiers mis à la disposition, selon les procédures de chaque partenaire.

➤ **Pour les contractant 3a, 3b, 3c, 3d : le personnel du CSCOM :**

Le personnel du CSCOM a la responsabilité de :

- Utiliser les ressources mises à sa disposition dans le respect des instructions en la matière,
- Rendre compte de la gestion de ces ressources par des rapports trimestriels,
- Veiller à ce que les intrants mis à la disposition du CSCOM soient utilisés par les populations cibles de la SASDE.

DESCRIPTION DES MODALITES D'OBTENTION DE PRIME DE PERFORMANCE :

Suite au dernier monitoring de l'année, l'ASACO pourrait décerner des primes et ou distinctions au personnel sur la base des résultats obtenus avec l'appui du médecin chef et chef du SDSSES.

DISPOSITIONS PARTICULIERES :

Le cercle et la commune ont la responsabilité :

- D'accorder d'autres modalités de motivation à l'un ou plusieurs des contractants en cas de performance (exemple la cession du matériel roulant ou de toute logistique) au terme du contrat,
- De prendre des dispositions en cas de mauvaise performance.

DISPOSITIONS GENERALES :

- **Durée du contrat :** Le présent contrat a une durée de 1an renouvelable à compter de la date de signature. La mise à disposition des ressources pour l'exécution des activités se fera le plus rapidement possible après la signature de ce contrat.
- **Litige/Résiliation :** En cas de litige, le règlement se fera à l'amiable sous la responsabilité du Maire de la commune avec l'arbitrage du préfet.

ANNEXES VII

ELEMENTS DE PEV +

1- VACCINATION DE ROUTINE (Enfants de 0 -11 mois) :

Vaccins	Age	Nbre de doses	Quantité	Voie d'administration
BCG	Naissance	1	0,05 ml	Intradermique (avant-bras gauche)
DTC	6 semaines	3	0,5 ml	IM ou SC/Face supérieure externe du bras gauche ou droit
	10 semaines		0,5 ml	
	14 semaines		0,5 ml	
Polio	Naissance	4	2 gouttes	Bouche
	6 semaines		2 gouttes	
	10 semaines		2 gouttes	
	14 semaines		2 gouttes	
Rougeole	9 mois	1	0,5 ml	Sous-cutanée (SC) à la face supérieure externe du bras gauche ou droit
Fièvre jaune	9 mois	1	0,5 ml	
Hépatite B	6 semaines	3	0,5 ml	IM ou SC à la face supérieure
	10 semaines		0,5 ml	
	14 semaines		0,5 ml	

				externe du bras gauche ou droit
Hib (*)	6 semaines	3	0,5 ml	IM de la face antéro-latérale de la cuisse
	10 semaines		0,5 ml	
	14 semaines		0,5 ml	
VAT	Femmes de 15 – 49 ans	5	0,5 ml	IM face supéro-externe du bras gauche ou droit (avec intervalles respectivement de 1 mois, 6 mois, 1 an et 1 an

ANNEXES VIII

ELEMENTS DE CPN +

1. CPN DE ROUTINE :

CALENDRIER NATIONAL

- 1^{ère} CPN : 1^{er} trimestre de la grossesse; 16 semaines (avant la fin du 4^{ème} mois de grossesse) ou quand la femme pense être enceinte
- 2^{ème} CPN : 2^{ème} trimestre de la grossesse; 24 à 28 semaines (6 à 7 mois de grossesse) ou au moins une fois pendant le 2^{ème} trimestre de la grossesse
- 3^{ème} CPN : 3^{ème} trimestre de la grossesse; 32 semaines (8 mois de grossesse)
- 4^{ème} CPN : 3^{ème} trimestre de la grossesse; 36 semaines (9 mois de grossesse)

ANNEXES IX

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : SIDIBE

Prénom : Sory Ibrahim

Titre de la thèse : ETUDE DES FACTEURS CONTEXTUELS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE ACCELEREE DE LA SURVIE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (SASDE) DANS LES CERCLES DE BLA ET DE KORO.

Année universitaire : 2010-2011

Pays d'origine : Mali

Contacts : cell (00223) 79 30 36 70 ; sidibebouran@yahoo.fr

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'OdontoStomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique (Survie de l'enfant)

Résumé : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur le programme de la stratégie accélérée de la survie et du développement de l'enfant (SASDE) dans les cercles de Bla et de Koro.

Nous avons décrit les facteurs contextuels de la mise en œuvre du programme de la SASDE dans les cercles à « haut impact » de Koro et de Bla.

Le processus de mise en œuvre du programme a commencé en 2002 et a pris fin en 2003. Sur une durée de 5 ans le programme a basé ses efforts sur un paquet de 3 interventions efficaces qui sont la PCIME Plus, la CPN Plus, le PEV Plus pour réduire de 25% le taux de mortalité infanto-juvénile dans les cercles à « haut impact ». Ses efforts associés à ceux d'autres programmes sur la survie de l'enfant ont pu réduire de 24% le taux de mortalité infanto-juvénile dans les districts à « haut impact ».

Mots clés : Mortalité infanto-juvénile, SASDE, ONG.

Serment Hippocrate

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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!