

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un But- Une Foi

FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2013-2014

Thèse n°.....

CONTRIBUTION A L'ELABORATION D'UN PLAN
COMMUNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE :
L'EXEMPLE DE LA COMMUNE RURALE DE
KOUROUMA
(CERCLE DE SIKASSO)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03/11/2014 devant

La Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Mr DAKOUO Ouroubè Gilles

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr Abdoulaye Ag RHALY

Membre : M. Idrissa CAMARA

Codirecteur : Pr Hamadoun SANGHO

Directeur : Pr Hubert BALIQUE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA † - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : IBRAHIM I. MAIGA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : MAHAMADOU DIAKITE- MAITRE DE CONFERENCE
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL -
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique

Mr Mamadou DIARRA
 Mr Boubacary GUINDO
 Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
 Mr Birama TOGOLA
 Mr Bréhima COULIBALY
 Mr Adama Konoba KOITA
 Mr Lassana KANTE
 Mr Mamby KEITA
 Mr Hamady TRAORE
 Mme KEITA Fatoumata SYLLA
 Mr Drissa KANIKOMO
 Mme Kadiatou SINGARE
 Mr Nouhoum DIANI
 Mr Aladji Seïdou DEMBELE
 Mr Ibrahima TEGUETE
 Mr Youssouf TRAORE
 Mr Lamine Mamadou DIAKITE
 Mme Fadima Koréïssy TALL
 Mr Mohamed KEITA
 Mr Broulaye Massoulé SAMAKE
 Mr Yacaria COULIBALY
 Mr Seydou TOGO
 Mr Tioukany THERA
 Mr Oumar DIALLO
 Mr Boubacar BA
 Mme Assiatou SIMAGA
 Mr Seydou BAKAYOKO
 Mr Sidi Mohamed COULIBALY
 Mr Adama GUINDO
 Mme Fatimata KONANDJI
 Mr Hamidou Baba SACKO
 Mr Siaka SOUMAORO
 Mr Honoré jean Gabriel BERTHE
 Mr Drissa TRAORE
 Mr Bakary Tientigui DEMBELE
 Mr Koniba KEITA
 Mr Sidiki KEITA
 Mr Soumaïla KEITA
 Mr Alhassane TRAORE

Ophtalmologie
 ORL
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Pédiatrique
 Odonto-Stomatologie
 Ophtalmologie
 Neuro Chirurgie
 ORL
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Gynécologie/Obstétrique
 Gynécologie/Obstétrique
 Urologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Pédiatrique
 Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
 Gynécologie
 Neurochirurgie
 Odontostomatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 ORL
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO
 Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Parasitologie – Mycologie
 Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA †
Mr Adama DIARRA

Immunologie
Physiologie

Mr Sékou F.M. TRAORE
DER

Entomologie Médicale **Chef de**

Mr Ibrahim I. MAIGA

Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Djibril SANGARE
Médicale
Mr Guimogo DOLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Bakarou KAMATE

Histoembryologie
Parasitologie -Mycologie
Entomologie Moléculaire
Entomologie Moléculaire Médicale
Anatomie-Pathologie
Biochimie
Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA

Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Médicale
Mr Moussa FANE
Mr Issa KONATE
Mr Hama Abdoulaye DIALLO
Mr Mamoudou MAIGA
Mr Harouna BAMBA
Mr Sidi Boula SISSOKO
Mr Bréhima DIAKITE
Mr Yaya KASSOUGUE
Mme Safiatou NIARE
Mr Abdoulaye KONE
Mr Bamodi SIMAGA
M. Aboubacar Alassane Oumar
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE
M. Sanou Khô Coulibaly

Biologie, Parasitologie Entomologie
Parasitologie Entomologie
Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie
Anatomie Pathologie
Hysto-Embryologie
Génétique
Génétique
Parasitologie
Parasitologie
Physiologie
Pharmacologie
Immunologie
Toxicologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE

Néphrologie
Psychiatrie
Neurologie

Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE
Mr Mamady KANE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mr Siaka SIDIBE
Mr Souleymane DIALLO

Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Radiologie
Maladies Infectieuses **Chef de DER**
Radiologie
Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE †
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa Ah. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Moussa T. DIARRA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Anselme KONATE
Mr Kassoum SANOGO
Mr Boubacar TOGO

Médecine Interne
Médecine Interne
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Radiologie
Rhumatologie/Dermatologie
Cardiologie
Hépto Gastro-Entérologie
Dermatologie
Neurologie
Hépto Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie

Mr Arouna TOGORA
Mr Souleymane COULIBALY
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Ousmane FAYE

Psychiatrie
Psychologie
Médecine Interne
Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubakar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO

Radiologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie

Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Japhet Pobanou THERA

Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie
Médecine Légale/Ophtalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA

Epidémiologie, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncale TRAORE
Mr Jean TESTA
Mr Massambou SACKO
Mr Samba DIOP
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Adama DIAWARA

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Anthropologie Médicale
Santé Publique
Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO
Mr Ousmane LY
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Santé Publique
Santé Publique
Informatique Médecine

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO
Mr Seydou DIARRA
Mr Abdrahamane ANNE
Mr Abdrahamane COULIBALY

Biostatistique
Anthropologie Médicale
Bibliothéconomie-Bibliographie
Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Cheick O. DIAWARA
Mr Ousmane MAGASSY
Mr Ahmed BAH
Mr Mody A CAMARA
Mr Bougadary
Mr Jean Paul DEMBELE
Mr Rouillah DIAKITE
Mme Djénéba DIALLO
Mr Alou DIARRA
Mr Ousseynou DIAWARA
Mme Assétou FOFANA
Mr Seydou GUEYE
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Amsalah NIANG
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mme Kadidia TOURE
Mr Oumar WANE

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Bibliographie
Biostatistique
Chirurgie dentaire
Radiologie
Prothèse scellée
Maladies infectieuses
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Cardiologie
Parodontologie
Maladies infectieuses
Chirurgie buccale
Gastroentérologie
Odonto-Préventive et sociale
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Médecine dentaire
Chirurgie dentaire

Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mes parents :

Pour avoir enduré tant de souffrances à nous montrer le chemin qui mène à la liberté et à la vie. Pardon de vous avoir très souvent contrariés. Je commence à pousser des ailes grâce à votre amour, vos conseils que vous continuez toujours de nous donner. J'espère tout simplement vous avoir donné et continuer de vous procurer de la joie de vivre autant que vous le faites pour nous. Que le seigneur vous accorde longue vie et vous bénisse !

A ma sœur :

Notre ange gardien, je ne voudrais pas voir le Saint Père le jour de ta canonisation, je te souhaite tout simplement une vie religieuse épanouie en communion avec tes sœurs.

A mon frère :

Sache que je n'oublierai jamais ton geste d'autant plus que j'en possède encore des souvenirs. Du courage pour le travail et vive la coordination des jeunes !

A mon frère :

Je suis fier de toi, l'école est comme le parcours du combattant ceux qui y arrivent sont ceux qui luttent avec courage et abnégation, du courage, sois sage aux cours, tu es à mi chemin.

A mes sœurs, cousines et cousins :

Pour le soutien moral ou matériel que vous m'avez apporté durant tout ce chemin parcouru ensemble, je souhaite plus que jamais qu'une étroite collaboration nous unisse.

REMERCIEMENTS

A mon seigneur :

Tout puissant et miséricordieux à qui je me suis très souvent confié pour pouvoir venir à bout de ce travail, puisse-tu augmenter ma foi en toi et mon amour pour les hommes afin que je ne m'égarer guère dans cette nouvelle vie qui s'offre à moi par ta grâce.

Mes sincères remerciements à tous ceux grâce à qui ce travail a vu le jour et a pu être acheminé vers son but ultime, à toutes les personnes qui m'ont aidé de par leur enseignement, leur conseil, leur hospitalité.

A tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie, votre enseignement a été pour moi une source de développement intellectuel et morale, je vous suis très reconnaissant.

Au Dr SOW Ousmane et au Dr KONE Gnasiar Charles, vos conseils ont été une source d'inspiration pour moi, merci pour votre encadrement.

Au maire de Kourouma et à ses collaborateurs, au DTC de Kourouma et à toute sa famille, au DTC de Foh, au personnel des deux centres de santé de la commune de Kourouma et à tous les membres des deux ASACO de Kourouma, merci pour votre accueil pendant l'élaboration de ce travail.

A tout le personnel du centre de santé catholique de Nafadji et aux médecins de garde, merci pour l'esprit d'équipe et pour tout le soutien que vous m'avez apporté.

Aux familles KONE et CISSOKO pour leur soutien.

A mes camarades et amis : Gilbert COULIBALY (Archevêque), Abdoulaye Soungalo CISSOKO, Dramane MALLE, Ousmane Tahirou COULIBALY, Ibrahim Adama KONE (Justo), Abdoul Aziz DEMBELE, Youssouf TOUNKARA, Youssouf, Bazou, je ne pourrai pas vous oublier avec tous ces moments inoubliables qu'on a passés ensemble; je vous souhaite une bonne carrière dans vos domaines respectifs, merci pour votre soutien.

A la Chorale Charles LAVIGERIE de Moribabougou, merci pour tous ces temps de répétition et de prière qu'on a passés ensemble.

A la Communauté Catholique de Moribabougou, merci pour vos prières que le Seigneur la bénisse.

A la Paroisse Saints Martyrs de l'Ouganda, merci pour tout, que Dieu nous donne la grâce de faire son action.

Au Père Laurent BALAS, merci pour votre dévouement à affermir la foi de la jeunesse à travers les camps Bibliques et dans bien d'autres activités.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette réussite, MERCI.

A notre Maître et Président du jury

Pr Abdoulaye Ag RHALY

Professeur honoraire de Médecine interne à la FMOS

Ancien directeur général de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE

Membre du comité d'éthique de la FMOS

Chevalier international des palmes académiques du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES)

Docteur HONORIS CAUSA de l'université de LAVAL au Québec Canada

Votre connaissance très étendue dans le domaine de la médecine et dans bien d'autres, votre sagesse et votre accueil ont suscité en nous émerveillement et respect.

Homme de principe, malgré votre âge vous avez accepté de présider le jury de cette thèse et cela est un grand honneur pour nous, votre contribution ne peut qu'améliorer d'avantage ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et juge

Mr Idrissa CAMARA

Titulaire d'un DEA en économie de développement à l'ENA

Titulaire d'un Master en Economie de la Santé dans le Pays en Voie de Développement (PVD) en transition de L'Université d'Auvergne Clermont-Ferrand en France au Centre d'Etude et de Recherche sur le Développement International (CERDI)

Chargé des questions de Planifications à la Cellule d'Appui à la Décentralisation et Déconcentration (CADD-MS)

Nous avons été vraiment marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vous avez aussi accepté avec vos multiples sollicitations d'évaluer cette thèse et de l'améliorer par vos suggestions.

Votre disponibilité et votre compréhension ne nous ont pas laissé indifférents dès le premier contact et vos conseils nous ont été d'une grande aide.

Croyez cher maître à notre plus grande admiration.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse

Pr Hamadoun SANGHO

Maître de conférences Agrégé en Santé publique

**Directeur Général du Centre de Recherche, d'étude et de Documentation
pour la Survie de l'enfant(CREDOS)**

**Professeur Titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie(FMOS)**

Cher Maître, vous avez accepté de diriger ce travail malgré cette lourde tâche qui vous incombe au CREDOS.

Votre simplicité, vos principes et votre rigueur font de vous l'une des élites de ce pays.

En ces termes cher Maître, trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Hubert BALIQUE

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier à la faculté de médecine de Marseille

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez portée en nous associant à ce travail.

Bien que vous soyez très chargé, vous avez toujours su nous accompagner nous guider tout au long de ce parcours.

Votre culture, votre sens du devoir et votre soif de l'excellence font de vous un Maître cher à ce Pays.

Ce fut pour nous un grand honneur de travailler avec vous.

Recevez nos salutations les plus sincères.

Sigles et abréviations

AC : Ancienne Consultation
AES : Adduction d'Eau Sommaire
AFEPC : Association des Femmes de l'Epargne Pour le Changement
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
APE : Association des Parents d'Elèves
ASACO : Association de Santé Communautaire
ASACOFOH : Association de Santé Communautaire de Foh
ATR : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
CCS : Conseil Communal de Santé
CDMT : Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CG : Comité de Gestion
CGS : Comité de Gestion Scolaire
CMDT : Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles
CN : Consultations des Nourrissons
CPC : Coopérative des Producteurs de Coton
CRLD : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSREF : Centre de Santé de Références
DCI : Dénomination Commune Internationale
DEF : Diplôme d'Etude Fondamentale
DNAFLA : Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée
DRPSIAP : Direction Régionale du Plan de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement et de la Population
DTC : Directeur Technique de CSCOM
ECV : Enfants Complètement Vaccinés (par le PEV)
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EPA : Etablissement Public Autonome
EPH : Etablissement Public Hospitalier
EPIC : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial
EPSTC : Etablissement Public à caractère Scientifique Technologique et Culturel
FCV : Femmes Complètement Vaccinées (par le PEV)
FELASCOM : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM : Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
GAR : Gestion Axée sur les Résultats
INPS : Institut National de Prévoyance Sociale
IRA : Infection Respiratoire Aigue
ISR : Indice Synthétique de Résultats
OCB/OSP : Organisation Communautaire de Base/Organisation Socio-professionnelle
PACR : Projet d'Appui aux Communautés Rurales
PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDESC : Plan de Développement Economique Social et Culturel
PDSSD : Plan de Développement Sanitaire et Social de District
PE : Projets d'Etablissement
PMA : Paquet Minimum d'Activités

PO : Plan d'Opération
PPI : Post Partum Immédiat
PPM : Pharmacie Populaire du Mali
PRDSS : Plan Régional de Développement Sanitaire et Social
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF : Partenaire Technique et Financier
PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RAC : Réseau Administratif de Communication
RAMED : Régime d'Assistance Médicale
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTA : Rapport Trimestriel d'Activités
SMI : Santé Maternelle et Infantile
SOTELMA : Société des Télécommunications du Mali
URENI : Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
USCPC : Union des Sociétés Coopératives des Producteurs de Coton
ZPA : Zone de Production Agricole

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	11
II. OBJECTIFS.....	13
III. GENERALITES.....	14
IV. METHODOLOGIE.....	53
V. RESULTATS.....	57
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	119
VII. CONCLUSION.....	123
VIII. RECOMMADATIONS.....	125
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	126

ANNEXES

I. INTRODUCTION

La planification consiste à identifier les besoins prioritaires, à fixer les objectifs à atteindre, à définir les stratégies et les interventions appropriées pour y parvenir, à évaluer les moyens nécessaires pour mener à bien ces interventions et à établir un calendrier pour leur mise en œuvre et leur suivi (15) ;

La planification sanitaire est l'encadrement du développement et de l'action des services de santé par une mise en ordre stratégique de programmes à exécuter (15).

Engagée dans les principes de la « gestion axée sur les résultats (GAR) », le Ministère de la Santé a conduit une démarche de planification en 3 étapes, qui comprend :

- L'élaboration d'un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) à caractère stratégique et macro-économique, dont la mise en œuvre devra se faire à travers deux programmes quinquennaux successifs de développement sanitaire et social (PRODESS),
- L'élaboration à 5 ans de plans de développement sanitaire et social de district (PDSSD) et de projets d'établissement (PE) d'établissements publics (EPH, EPA, EPIC, EPSTC), qui s'appuiera sur le PDDSS pour fixer et planifier les objectifs à atteindre au cours des 5 premières années du plan national.
- L'élaboration à 5 ans du premier Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), qui résultera de la consolidation des PDSSD et des PE de chaque région pour élaborer 9 plans régionaux de développement sanitaire et social (PRDSS).

Par ailleurs, le Mali s'est engagé dans une politique de décentralisation, qui repose sur la loi n° 93-008 du 11 février 1993.

Ce texte définit les collectivités territoriales du Mali qui sont les régions, le district de Bamako, les cercles, les communes urbaines et les communes rurales, chacune étant dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Aucune ne peut établir ou exercer de tutelle sur une autre collectivité. Les collectivités s'administrent librement par des assemblées ou conseils élus qui élisent en leur sein un organe exécutif.

La loi n° 96-059 du 4 novembre 1996 crée sur l'ensemble du territoire national 684 communes rurales qui s'ajoutent aux 19 communes urbaines.

Dans le domaine de la santé, le Code des Collectivités confie aux communes « la décision en matière de création et de gestion des centres de santé communautaires... » (17).

De plus, les communes élaborent périodiquement leur plan quinquennal de développement économique, social et culturel (PDESC), qui intègre l'ensemble des activités devant être conduites au cours des années à venir sous la responsabilité du Maire et de son conseil communal et sous la tutelle de l'administration territoriale. Le développement sanitaire et social constitue un des éléments de ce plan. Ainsi, se trouve induit une double démarche, qui conduit à l'élaboration d'un plan communal de développement sanitaire et social, qui doit avoir la particularité de s'inscrire :

- d'une part dans le PDESC, garantissant ainsi sa cohérence avec la promotion des autres domaines qui concourent à la santé (désenclavement, écoles, marchés, sécurité alimentaire,...)
- d'autre part dans le plan de développement sanitaire de district, qui assure l'adaptation des grandes options nationales en matière de stratégie aux spécificités locales.

A ce jour, aucun plan communal de développement sanitaire n'a encore été élaboré à l'exception de Bamako où ils se confondent avec les plans de district.

L'objet de cette thèse est d'appliquer les principes de la planification sanitaire à une commune afin de préciser les modalités particulières de son élaboration.

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL :

Contribution à l'élaboration d'un plan communal de développement sanitaire.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Identifier les besoins prioritaires à l'élaboration d'un plan communal de développement sanitaire.
- Définir les stratégies de mise en œuvre d'un plan communal de développement sanitaire.

III. GENERALITES

L'étude comprend :

- le projet de plan de développement sanitaire de la commune de Kourouma in extenso, qui devra être soumis à l'approbation du conseil communal,
- la présentation de l'étude de faisabilité, qui l'accompagne,
- les recommandations en ce qui concerne la gestion de sa mise en œuvre.

1. LA COMMUNE DE KOUROUMA :

1.1.HISTORIQUE

La commune porte le nom de son chef-lieu « Kourouma », qui est un nom senoufo. Il vient d'un arbre « Kourou » (« N'Tèguè » en bambara), dont le fruit sert de colle pour les enfants. Le fondateur du chef lieu de commune, N'Todo Traoré, était un chasseur d'oiseaux. Il se servait de la colle issue du « Kourou » pour faire des pièges à oiseaux.

Lorsqu'un visiteur le portait absent dans son hameau de culture situé à quelques kilomètres du lieu de chasse, sa femme disait que N'Todo « Wa karikourouma », c'est-à-dire « est allé à Kourouma ». Vu la distance qui séparait son hameau de culture du lieu de chasse, vu le nombre de visiteurs qui le portaient absent, N'Todo a préféré se rapprocher de sa zone de chasse en s'y installant avec sa famille vers les années 1800.

Presque tous les villages composant la commune ont été créés à la même période pour le même but : disposer d'une zone de chasse et de culture.

1.2.PRESENTATION GEOGRAHIQUE

Située dans la 3^{ème} région du Mali, le village de Kourouma se trouve à 75 km de la ville de Sikasso qui est son chef lieu de cercle. La Commune rurale est limitée :

- au Nord par la commune de Kabarasso ;
- au Sud par la commune de Sanzana ;
- à l'Est par les communes de Kouoro et Kléla ;
- à l'Ouest par la commune de Kignan.

La commune de Kourouma est constituée de onze (11) villages : Kourouma, Foh, Dougoubala1, Dougoubala2, Diélé, Niangnéguéla, Nizérébougou, Zaniénani, Zaniéguébougou, Kougouala et Tiogola.

Sa population se compose essentiellement de sénoufo. Elle est inégalement répartie sur son territoire avec une densité de 18 habitants au Km². On rencontre aussi quelques colonies de Peulhs, de Miniankas, des Dogons et des Bambaras. La langue la plus parlée est le sénoufo. Le Bambara constitue la langue de communication entre les différentes ethnies.

Les religions pratiquées dans la commune sont l'animisme, l'islam, et le christianisme (Foh). Malgré l'importante croissance de l'islam, la culture animiste reste encore fortement présente et détermine jusqu'à ce jour la vie des villageois. Beaucoup de localités disposent des fétiches tels que le komo, le kono, le ciwarapèlèkè et le zantiè. Toutes ces sociétés secrètes veillent à la solidarité, ainsi qu'à la justice et à l'honnêteté. Dans une telle neutralité et devant une telle tolérance, les adeptes de ces différentes religions vivent en parfaite harmonie.

Graphique 1 : Carte de la Commune de Kourouma.

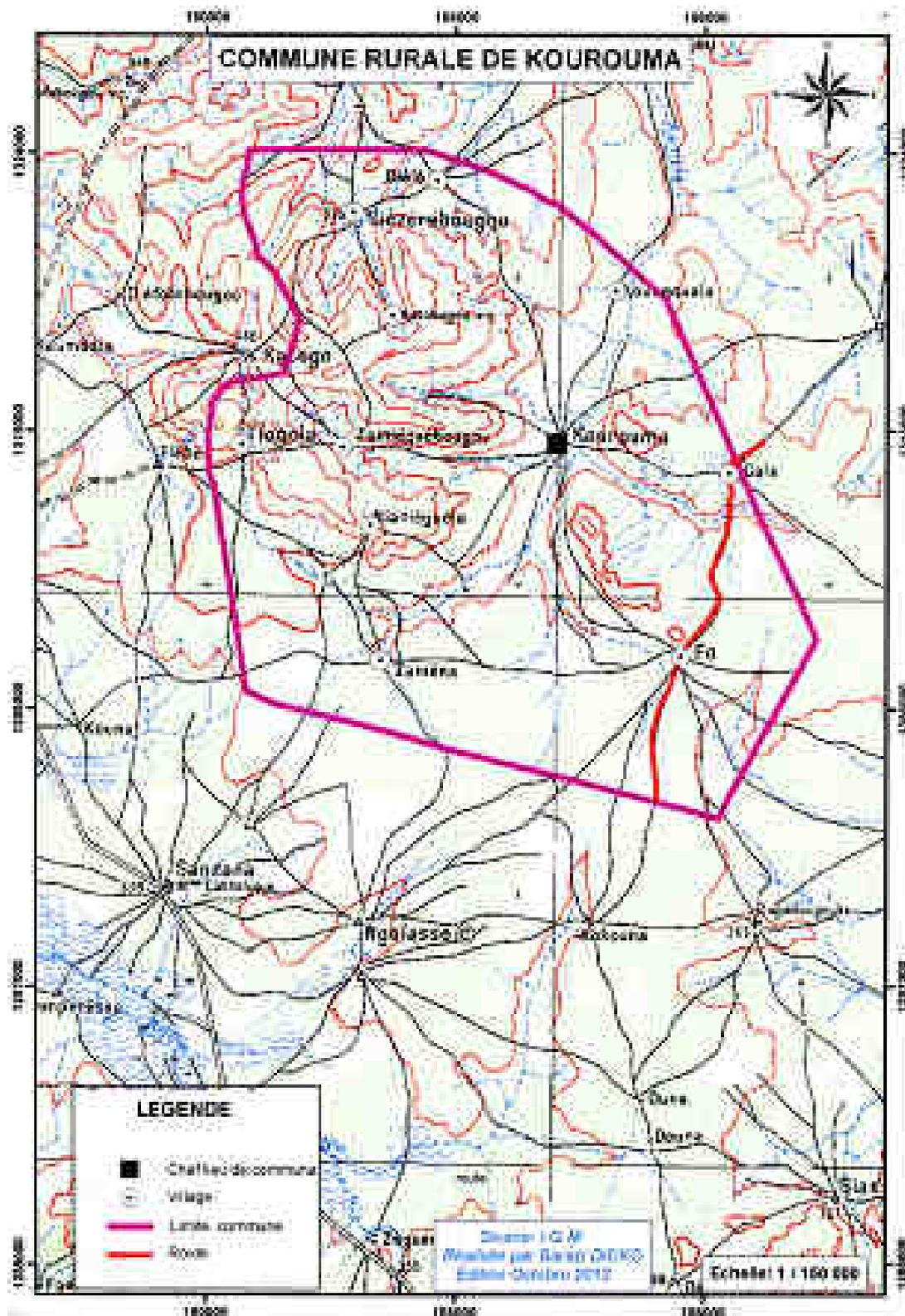


Tableau I : les religions pratiquées

Villages	Religions pratiquées		
	Animisme	Islam	Christianisme
Diélé		X*	
Dougoubala		X*	
Foh	X*	X****	X**
Kougouala	X*		
Kourouma	X*		
Niangnéguéla	X*		
Nizérébougou		X*	
Tiogola		X*	
Zaniguébougou	X*		
Zaniénani	X*		

Source : PDESC (2010-2014)

Commentaire : * = 1^{ère} dominante ; ** = 2^{ème} dominante ; **** = 3^{ème} dominante

- **Sols – climat :**

Le relief est peu accidenté et composé de plateaux et de quelques collines. Les sols sont dans l'ensemble sablo argileux. Ceux qui sont sujets à l'érosion hydrique sont gravillonnés en partie.

Le climat est de type soudanien. Il est caractérisé par l'alternance de deux saisons : une saison pluvieuse (de mai en octobre) et une saison sèche (de novembre en avril). La période sèche se caractérise par une période de froid et une saison chaude. Les pluies sont abondantes (800 à 1100 mm par an).

- **Hydrographie :**

Elle est pauvre dans l'ensemble. La commune est arrosée par des cours d'eau et quelques mares temporaires. Parmi ces cours d'eau, il y a le « Hodonda » en langue senoufo ou le « Farako » en langue bambara qui traverse Dougoubala, Kourouma et Kougouala. Malheureusement, il tarit juste après les dernières pluies de l'hivernage. La pêche y est donc présente, mais n'est pas développée à cause du caractère temporaire des cours d'eau.

- **Environnement naturel :**

La végétation est constituée d'une savane arborée. Le couvert végétal est quelque peu aéré. Les essences forestières dominantes sont : le karité, le néré, le caicédrat (*Khayasenegalensis*), le tamarinier, le fromager, le kapokier et le baobab. C'est une végétation abondante mais les espèces sont assez menacées par les pressions agricole et pastorale.

La faune riche par excellence est en voie de disparition à cause de la pression démographique et l'intensification du braconnage et de la sécheresse. Malgré ces effets néfastes, on remarque sur le terrain, quelques animaux (biches, rongeurs, reptiles, phacochères, ainsi que des oiseaux). Les grands animaux comme les fauves ont disparu.

1.3. PRESENTATION INSTITUTIONNELLE

La commune rurale de Kourouma à l'instar de toutes les autres Communes rurales du Mali, a été créée par la loi 96-059 du 14 novembre 1996.

Tableau II : Population de la commune de Kourouma

Localités	Nbre localité	Population 1998			Population 2008			Population 2009		
		H	F	T	H	F	T	H	F	T
Diélé	1	445	476	921	577	617	1193	592	634	1226
Dougoubala	1	439	445	884	569	577	1145	584	592	1177
Foh	1	862	929	1791	1117	1204	2321	1147	1237	2384
Kougouala	1	390	387	777	505	501	1007	519	515	1034
Kourouma	1	1161	1198	2359	1504	1552	3057	1545	1595	3140
Niangnéguéla	1	569	672	1241	737	871	1608	757	894	1652
Nizérébougou	1	387	416	803	501	539	1041	515	554	1069
Tiogola	1	203	243	446	263	315	578	270	323	594
Zaniéguebougou	1	264	274	538	342	355	697	351	365	716
Zaniénani	1	207	175	382	268	227	495	276	233	508
TOTAL	10	4927	5215	10142	6384	6757	13142	6558	6941	13499

Source : PDESC (2010-2014)/DRPSIAP/Sikasso 2009

Tableau III : Répartition de la population par genre et par classe d'âge

Tranches d'âge	Population 2009				
	Hommes	%	Femmes	%	Total
0-04 ans	1221	18,62	1253	18,05	2474
05-09 ans	1190	18,15	1189	17,13	2379
10-14 ans	927	14,14	879	12,66	1806
15-19 ans	674	10,28	748	10,78	1422
20-24 ans	482	7,35	563	8,11	1045
25-29 ans	380	5,79	467	6,73	847
30-34 ans	344	5,24	407	5,86	751
35-39 ans	289	4,40	330	4,75	619
40-44 ans	225	3,43	267	3,85	492
45-49 ans	183	2,79	200	2,88	383
50-54 ans	160	2,44	182	2,62	342
55-59 ans	129	1,97	131	1,89	260
60-64 ans	122	1,86	130	1,87	252
65-69 ans	93	1,42	77	1,11	170
70-74 ans	70	1,07	61	0,88	131
75-79 ans	39	0,59	32	0,46	71
80 et +	30	0,46	25	0,36	55
Total	6558	100,00	6941	100,00	13499

Source : PDESC (2010-2014)/DRPSIAP/Sikasso 2009

La commune est administrée par un conseil communal de dix sept (17) conseillers dont deux (2) femmes, tous élus lors des élections communales du 26 avril 2009. La commune est issue de l'ex arrondissement de Kignan éclaté en plusieurs communes. Elle est composée de dix (10) villages et à la tête de chaque village se trouve un chef de village administratif choisi sur la base de la confiance des populations du village. Son nom est proposé par le conseil de village via le maire au préfet qui le nomme après avis du sous préfet. Il est le représentant de l'administration dans le village. A ce titre il est chargé des relations entre l'administration et les villageois (administrés). Ses premiers collaborateurs sont les conseillers du village.

Le plan de développement économique, social et culturel (PDESC) couvrant la période 2010-2014, est l'émanation des populations de la commune de Kourouma. Il est le résultat de longues et larges concertations entre les populations, les autorités communales, les organisations de la société civile et les services techniques. Il a été établi avec l'appui technique du PACR (Projet d'Appui aux Communautés Rurales). Le coût estimatif des actions retenues s'élève à **545 076 730 FCFA**.

Ce plan de développement a les objectifs suivants :

- Objectif général :

L'objectif général du présent plan est de promouvoir un développement local durable et équilibré dans la commune de Kourouma.

Il s'agira pour cela de :

- informer les populations, les représentants des structures d'appui de l'état, du développement de leur espace de vie (causes de sous développement et alternatives de développement) ;
- parvenir à un consensus de tous les groupes d'intérêt, des techniciens et des autorités administratives et coutumières sur un plan d'action ;
 - en prenant en compte les besoins exprimés par la population ;
 - en combinant les analyses des structures d'appui, et des communautés villageoises pour déceler les contraintes, les mécanismes qui les ont entraînés et les potentialités du terroir.

- Objectifs spécifiques :

Il s'agira plus précisément de :

- Améliorer la qualité de l'enseignement dans la commune ;
- Désenclaver la commune ;
- Renforcer la capacité d'abreuvement de l'espace pastorale de la commune ;
- Augmenter les revenus monétaires des femmes de la commune par le renforcement de leurs capacités de production et le développement des activités maraichères ;
- Doter la commune d'infrastructures de communication, de logements et équipements administratifs ;
- Aménager et gérer de façon durable les ressources naturelles ;
- Développer les activités sportives et culturelles par la réalisation d'infrastructures sportives et culturelles ;
- Développer les infrastructures marchandes ;
- Bien structurer les organisations de la société civile à l'échelle communale ;
- Doter la mairie d'électricité ;
- Soutenir les enfants déshérités de la commune ;
- **Améliorer la santé des populations** ;
- Augmenter le potentiel productif agricole ;
- Améliorer l'hygiène et l'assainissement des villages ;

- Former les CGS, ASACO, personnel de santé, comités de gestion de l'eau.

1.4. ECONOMIE

Elle repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage mais il y a aussi la cueillette, le petit commerce et l'artisanat.

1.4.1. Agriculture

Les cultures dominantes sont : les céréales sèches (mil, sorgho, maïs, riz) et les cultures de rente (coton, arachide et niébé)

Tableau IV : Estimation des superficies et productions sur les 3 dernières années

Spéculation	Campagne 2007-2008			Campagne 2008-2009			Campagne 2009-2010		
	Sup. (ha)	Rdt (Kg/ha)	Product° (tonne)	Sup. (ha)	Rdt (Kg/ha)	Product° (tonne)	Sup. (ha)	Rdt (Kg/ha)	Product° (tonne)
Coton	1011	861	870,380	601	1374	825,524	1477	936	1382,586
Maïs	1167	2000	2500	734	1950	1542	1850	1975	4625
Mil	2935	850	2642	2998	950	2549	2000	930	1900
Sorgho	3001	950	2851	3431	1000	3088	2050	980	1948
Riz	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arachide	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oignon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niébé	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Source : PDESC (2010-2014)/ ZPA Kourouma 2009

On constate dans ce tableau que, la superficie cultivée et la production en coton, on augmenté pendant la campagne 2009-2010. Pendant les trois dernières campagnes, la commune a produit plus de 3078,49 tonnes de coton, contre 7091 tonnes de mil, 7887 tonnes de sorgho et 8667 tonnes de maïs.

A partir de ces données, on peut affirmer que la commune jouit de nos jours d'une sécurité alimentaire mais pas d'un lieu approprié de stockage car le stock se trouve dans le magasin de la Coopérative des Producteurs de Coton CPC. Cependant, les superficies augmentent au cours de chaque campagne en maïs et en coton. Ce qui explique une certaine pression agricole sur les ressources naturelles.

On constate entre les campagnes, une fluctuation de superficie et de rendement. Cette situation est attribuée à la pluviométrie dont les hauteurs d'eau recueillies et leur répartition dans le temps et dans l'espace varient d'une année agricole à l'autre.

En plus des spéculations citées ci-dessus, la commune produit aussi du riz, de l'oignon, de l'arachide et du niébé dont les productions n'ont pas été estimées. Cette grande production agricole et l'augmentation des superficies cultivées, s'expliquent en partie par le niveau d'équipement appréciable des producteurs.

Tableau V : Niveau d'équipement des exploitations agricoles (recensement 2009-2010)

Tracteurs	Boeufs	Charrue	Multiculteur	Herse	Semoir	Charette	Appareil traitement	
							Herbicide	Insecticide
3	5498	924	734	4	752	679	589	674

Source : PDESC (2010-2014)

1.4.2. Elevage

L'élevage est la deuxième activité après l'agriculture.

Tableau VI : Composition du cheptel par village

Villages	Bovins	Ovins/Caprins	Asins	Equins	Porcins	Volailles
Diélé	725	319	69	0	0	2036
Dougoubala	987	728	46	0	0	2066
Foh	3102	1275	132	0	132	3042
Kougouala	2152	905	98	0	0	1609
Kourouma	2003	939	129	0	0	2019
Niangnéguéla	942	632	98	0	0	1909
Nizérébougou	787	412	79	0	0	1049
Tiogola	208	664	42	0	0	796
Zaniéguébougou	547	619	96	0	0	1912
Zaniénani	787	1019	101	0	12	916
Total	12 240	7 512	890	0	144	17 354

Source : PDESC (2010-2014)/mandataire vétérinaire Kourouma 2009

Cette activité est aujourd'hui pratiquée dans la commune par les peuhls sédentaires et agro éleveurs. Ces derniers élèvent les animaux pour la traction (bœufs de labour) ou pour la production de la fumure organique avec les techniques de parc amélioré. L'élevage de petits ruminants et de la volaille est très développé. Il n'existe pas de cheval dans la commune. Le cheptel est géré par un mandataire.

Tableau VII : Situation des infrastructures/type d'équipements

Villages	Type d'équipements			
	Parc de vaccination	Aire d'abattage	Pharmacie vétérinaire	Marché à bétail
Diélé	0	0	0	0
Dougoubala	0	0	0	0
Foh	2	0	0	0
Kougouala	1	0	0	0
Kourouma	1	0	0	0
Nangnéguéla	1	0	0	0
Nizérébougou	1 (mauvais état)	0	0	0
Tiogola	1	0	0	0
Zaniéguébougou	1 (mauvais état)	0	0	0
Zaniénani	1 (mauvais état)	0	0	0
Total	9	0	0	0

Source : PDESC (2010-2014)/Mandataire sanitaire (Kourouma)

L'espace pastoral reste non aménagé (absence de retenue d'eau, de piste pastorale). Cette situation peut engendrer dans l'avenir des conflits entre les utilisateurs des ressources naturelles, si des actions d'aménagement et de gestion de l'espace agro-sylvo-pastoral ne sont pas envisagées.

La santé animale elle est très satisfaisante avec un taux de couverture sanitaire de 100% et un taux de couverture vaccinale de 97%. Malgré cette sécurité sanitaire, des épizooties bovines existent dans la commune (trypanosomiase, pasteurellose, parasitose). Au niveau de la volaille on rencontre la maladie de Newcastle.

1.4.3. Commerce-industries-artisanat

L'artisanat est peu développé. Il se limite à la teinture, la poterie et la menuiserie.

Quant à l'industrie, excepté les moulins, aucune unité de transformation n'existe dans la commune. Le secteur du commerce est peu connu. Les seuls commerçants qui vivent de leur profession sont les boutiquiers. Les activités commerciales se limitent au niveau des deux foires hebdomadaires qui se tiennent le lundi à Kourouma et le samedi à Foh. Les produits vendus sont ceux du maraichage, de la volaille, de céréales sèches et des produits manufacturés. Le tourisme n'est pas développé, car non valorisé.

La commune dispose d'une caisse rurale KafoJiginew à Kourouma, qui gère les économies de ses habitants et leur accorde des prêts remboursables à des conditions favorables.

1.5. APPROVISIONNEMENT EN EAU

Selon la direction régionale de l'hydraulique (DRH), la commune de Kourouma à un taux de couverture en eau de 97%. Elle compte actuellement 34 forages dont 26 fonctionnels et 8 en panne. On compte aussi 2 adductions d'eau sommaire (AES) à Kourouma et Foh.

On peut notamment constater la présence de contraintes liées à la production d'eau potable dans la commune :

- source inappropriée de certains points d'eau ;
- manque d'entretien des pompes ;
- non fonctionnalité des comités de gestion d'eau.

1.6. TRANSPORT ET COMMUNICATION

Les pistes reliant Kourouma à la route de Sikasso et aux autres villages sont praticables au cours de la saison sèche mais, il est difficile de les emprunter pendant l'hivernage à cause de leur état et à cause de l'état défectueux des quatre ponts qui sont submergés par les eaux de pluies à l'entrée de Kourouma.

Tableau VIII : infrastructures de communication

Infrastructure	Localités	Observations
Téléphonie rurale SOTELMA	Kourouma	Etat souvent défectueux de la ligne, nombreuse coupure
Téléphonie mobile ORANGE	Foh, Kourouma	Bon état
RAC	Kourouma et Foh	Dans les deux CSCOM

Source : PDESC (2010-2014)

1.7. SCOLARISATION

Dans le domaine de l'éducation, d'énormes sacrifices ont été consentis par la population elle-même pour pallier à l'insuffisance des écoles publiques. C'est ainsi que les 10 villages de la commune ont chacun leur école publique ou communautaire.

La commune dispose de 47 salles de classe réparties comme suit :

- 1^{er} Cycle : 38 classes
- 2^{ème} Cycle : 9 salles de classe dont 6 à Kourouma et 3 à Foh.

Elle compte 3006 élèves dont 1367 filles et 1639 garçons encadrés par 58 enseignants.

Selon la coordination de la direction des écoles de la commune, le taux de scolarisation est de 75%, un taux à encourager car au dessus de la moyenne régionale (entre 54 et 60) et chaque village a au moins 3 salles de classe équipées en tables bancs.

Cependant l'éducation est confrontée à l'insuffisance de salles de classe car le nombre d'élève par maître est de 98. D'après le coordinateur des directeurs d'écoles de la commune, il y a aussi l'insuffisance d'enseignants qualifiés.

1.8. ORGANISATIONS SOCIALES

Tableau IX : Organisation socioprofessionnelle par village

Villages	Association des jeunes	Formelle	Association des femmes	Formelle	Coopérative	Formelle
Diélé	1	0	1	0	1	1
Dougoubala	1	0	1	0	1	1
Foh	1	0	1	1	6	6
Kougouala	1	0	1	1	3	3
Kourouma	1	0	1	1	5	5
Niagnéguela	1	0	1	0	1	1
Nizérébougou	2	1	1	1	2	2
Tiogola	1	0	2	2	1	1
Zaniéguebougou	1	0	1	0	1	1
Zaniénani	1	0	3	2	3	3

Source : PDESC (2010-2014)

Il existe dans chaque village au moins une coopérative des producteurs de coton (CPC), une association des jeunes, une association des femmes (elles font le maraichage, la fabrication de savons, etc) et des associations religieuses. Au niveau de la santé il y a les ASACO qui gèrent les CSCOM. Chaque village possède un CGS qui gère les écoles. A Kourouma, Foh, Tiogola et Dougoubala, il existe une association des commerçants.

Avec l'appui du PACR il y a eu aussi la création et la formalisation d'un certain nombre d'OCB/OSP à savoir la coopérative des éleveurs de N'oupangangnon de Kougouala, la coopérative des agro éleveurs de N'Golobougou (Kourouma), la coopérative des éleveurs de volaille, la coopérative des éleveurs, la coopérative agro pastorale et celle des agro éleveurs tous à Foh ; la coopérative Faso Kanu Ton et celle des forgerons à Nizérébougou ; la coopérative agro sylvo pastorale et celle des éleveurs et emboucheurs de Zaniénani ; la coopérative agro sylvo pastorale et la coopérative noupangnon des femmes à Tiogola. Malgré ces nombreuses organisations de la société civile dans les villages, on note l'absence de coordination communale de ces structures paysannes qui sont les vraies actrices de la décentralisation. A l'échelle communale il existe une union des sociétés coopératives des producteurs de coton (USCPC) formelle et deux associations communales informelles à savoir la coordination des jeunes et l'association communale des femmes de l'épargne pour le changement (AFEPC).

1.9. TOURISME

Il existe des grottes à Tiogola et à Niangnéguéla, mais, le secteur touristique n'est pas valorisé.

2. LA SITUATION SANITAIRE DE LA COMMUNE :

2.1. L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

2.1.1. La mortalité

L'absence d'études spécifiques récentes dans le cercle de Sikasso conduit à utiliser les indicateurs de mortalité en zone rurale au Mali données par l'EDS IV (9) :

- Mortalité maternelle ¹ :	464/100 000
- Mortalité néonatale :	61/1000
- Mortalité post-néonatale :	61/1000
- Mortalité infantile ² :	122/1000
- Mortalité juvénile :	128/1000
- Mortalité infanto-juvénile :	234/1000

L'EDS IV a identifié 3 facteurs à haut risque qui déterminent la mortalité infantile³:

- l'âge de la mère inférieur à 18 ans et supérieur à 34 ans,
- l'intervalle inter-général de moins de 2 ans,
- le rang de naissance de 1 ou supérieur à 6.

Elle a de plus permis de répartir les naissances en 4 groupes⁴ :

- 21,9 % des naissances n'appartiennent à aucune catégorie à haut risque et ont donc un ratio de risque égal à 1,
- 9,8 % des naissances ont un risque inévitable qui résulte de la potentialisation entre un premier rang de naissance chez une mère de 38 à 34 ans,
- 44,9 % des naissances ont un seul facteur à haut risque,
- 23,4 % des naissances cumulent plusieurs facteurs à haut risque.

En effet :

- En ce qui concerne le rang de naissance de l'enfant.

Les analyses ont montré que le risque lié aux mères âgées de moins de 18 ans est évitable par la prise de 2 mesures :

¹ EDS IV p.199

² EDS IV p.188

³ EDS IV p.190

⁴ EDS IV p.192

- retarder l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, donc l'âge au mariage,
- mettre un accent particulier sur la protection de la mère et de l'enfant lors de la première grossesse.

Tableau X : Variations du risque de mortalité avant 5 ans en fonction du rang de naissance de l'enfant

Rang de naissance	Mortalité néonatale		Mortalité infantile		Mortalité infanto-juvénile	
	Taux pour mille	Diminution du risque	Taux pour mille	Diminution du risque	Taux pour mille	Diminution du risque
1	88		152		248	
2-3	41	51 %	95	40 %	198	30 %
4-6	47	43 %	96	39 %	198	30 %
7 ou plus	69	17 %	129	18 %	238	16 %

Réf. 9 (EDS IV) p. 190

- En ce qui concerne les grossesses rapprochées :

Selon les résultats de l'enquête EDS IV, le risque de décès varie de façon très significative avec l'augmentation de l'espace inter-général (entre 2 naissances).

Tableau XI : Variations du risque de mortalité avant 5 ans en fonction de l'espacement entre 2 grossesses :

	Mortalité néonatale		Mortalité infantile		Mortalité infanto-juvénile	
	Taux pour mille	Diminution du risque	Taux pour mille	Diminution du risque	Taux pour mille	Diminution du risque
<2 ans	83		158		282	
2 ans	45	46 %	96	39 %	207	27 %
3 ans	23	72 %	59	63 %	139	51 %
4 ans ou plus	25	70 %	35	78 %	107	62 %

Réf. 9 (EDS IV) p. 190

- Par ailleurs, l'enquête a montré la place qu'occupe le faible poids à la naissance dans la survie de l'enfant :

Selon les résultats de l'enquête EDS, le faible poids de naissance fait courir un risque majeur aux enfants confrontés à ce problème.

Le suivi des grossesses et le repos de la femme en fin de grossesse constituent des mesures essentielles pour y remédier.

Tableau XII : Variations du risque de mortalité avant 1 an en fonction du poids de naissance du nouveau-né :

Poids à la naissance	Mortalité néonatale		Mortalité infantile	
	Taux pour mille	Diminution du risque	Taux pour mille	Diminution du risque
Petit ou très petit	76		60	
Moyen ou gros	35	58 %	46	71 %

Réf. 9 (EDS IV) p. 190

2.1.2. Les maladies transmissibles

a. Sida :

L'EDS IV (9) estime à 0,9 % le taux de séroprévalence chez les personnes de 15-49 ans de l'infection par le virus du Sida en zone rurale et à 0,9 % dans la région de Sikasso, chiffre identique à celui de l'ensemble du Mali

L'ONUSIDA a également estimé à 0,9 % le taux de séroprévalence du Mali.

Il y aurait en conséquence environ 58 personnes séropositives dans la commune de Kourouma.

Si l'on admet que 30 % d'entr'elles doivent être traitées, 18 malades ont besoin d'ARV.

Parmi les 675 femmes enceintes par an que compte la commune, environ 6 sont séropositives et doivent bénéficier de la PTME. Or aucune PTME n'a été réalisée dans les CSCOM de Kourouma et de Foh en 2012.

b. La tuberculose :

Les données nationales en matière de tuberculose permettent d'estimer à 100/100 000 le taux d'incidence de la tuberculose au Mali.

Si l'on se base sur ces chiffres, il y aura donc 13 nouveaux cas de tuberculose par an dans la commune. Or aucun traitement n'est actuellement dispensé dans les deux CSCOM de la commune.

c. Le paludisme :

Première cause de morbidité et de mortalité, si l'on considère que 25 % des décès de moins de 5 ans sont dus au paludisme, le taux de mortalité par cette affection doit être de l'ordre de 58/1000 par an et le nombre de décès pouvant lui être attribué doit être d'environ 33 par an.

d. La lèpre :

Avec un taux de prévalence estimé à 0,31 cas pour 10 000 habitants, la commune de Kourouma pourrait avoir à prendre en charge environ 1 cas par an. Aucun cas de lèpre n'est actuellement en traitement.

2.1.3. Les maladies non transmissibles

a. La drépanocytose (2) :

Sa forme homozygote SS touche 0,8 % des nouveaux nés (soit 5 à 6 000 enfants par an), qui, sans prise en charge appropriée, vont subir un taux de mortalité de 50 % avant d'atteindre l'âge de 5 ans et de 80 % avant celui de 10 ans. Elle contribue ainsi à 4 % des décès des enfants de moins de 5 ans.

Sur un total de 615 naissances dans la commune, il y aurait donc chaque année 4 nouveaux nés qui seraient atteints par cette affection, dont 3 n'atteindraient pas l'âge de 10 ans.

Sur la base de tels chiffres, on peut estimer à 22 le nombre de personnes souffrant de cette affection dans la commune et ayant donc besoin d'un suivi médical continu.

b. Le diabète (2) :

Les indicateurs relatifs au diabète dans l'ensemble de la population malienne sont encore mal connus.

- En ce qui concerne le diabète de type 1 :

Si l'on se base sur les statistiques d'un pays comme la France, l'incidence du diabète de type 1 serait de l'ordre de 7/100 000, soit 1 nouveau cas par an dans la commune de Kourouma.

- En ce qui concerne le diabète de type 2 :

Les statistiques internationales⁵ estiment à 3,3 % le taux de prévalence du diabète de type 2 rapporté à la tranche d'âge 20–79 ans. Rapportées à la Commune, elles laissent entendre qu'il y a actuellement environ 486 personnes qui pourraient souffrir de cette affection.

La gravité de ce mal est liée à ses complications, qui sont essentiellement d'ordre dégénératives (cardiovasculaires, rénales, ophtalmologiques, etc...).

L'une des particularités du diabète de type 2 est son lien avec le mode de vie, notamment le surpoids/obésité et la sédentarité.

⁵ Selon le dernier « Diabètes atlas » publié par The International Diabètes Fédération, 4th édition 2010 IDF

c. L'épilepsie :

Grâce à l'implication des médecins de campagne sous l'impulsion des spécialistes de l'ONG Santé Sud⁶, des résultats probants ont pu être obtenus au Mali dans la lutte contre l'épilepsie en zone rurale. Ils autorisent un passage progressif à l'échelle de l'approche utilisée pour permettre à un nombre significatif de malades souffrant de cette affection et du rejet social qui en résulte de retrouver une vie normale.

En effet, cette affection négligée qu'est l'épilepsie touche actuellement près d'1 % de la population malienne (soit environ 150 000 personnes) et a des conséquences dramatiques non seulement sur la vie « physique » des malades, mais aussi sur leur vie sociale.

Ainsi, la Commune de Kourouma compte-t-elle environ 145 personnes souffrant d'épilepsie toutes formes confondues, dont une bonne proportion doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge efficace (c'est-à-dire en supprimant la survenue des crises) tout en restant dans leur village. Initiée en 2007, la lutte contre cette affection a permis d'obtenir les résultats suivants :

Tableau XIII: Variations du nombre de malades de la commune souffrant d'épilepsie et traités.

	2008	2009	2010	2011	2012
Cas traités	147	98	117	95	127

Source : CSCOM de Kourouma

3. L'OFFRE DE SOINS :

La commune dispose de deux CSCOM pour onze villages.

3.1. Le CSCOM de Kourouma

- L'Association de Santé Communautaire :

Créée le 10 novembre 1995, l'ASACO du centre de santé de Kourouma est agréée.

Ses instances sont :

- L'Assemblée Générale (AG): elle est convoquée une fois par an par le comité de gestion et peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du même comité ou à la demande des 2/3 de ses membres actifs ;

⁶Farnarier (G), Genton (P) : « Prise en charge des patients vivant avec l'épilepsie au Mali (réseau RARE) : formation, diagnostic, suivi, accès aux médicaments et programme recherche-action (epimect) », document Santé Sud, Décembre 2012, 8 p.

- Le Conseil de gestion : il convoque l'AG et fixe l'ordre du jour de ses travaux ; il élabore aussi le projet de budget, le programme d'activités de l'association et crée toute commission qu'il juge nécessaire pour la résolution des objectifs de l'association. Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la demande de la majorité simple de ses membres ;
- Le Comité de gestion : il a pour mission de suivre le fonctionnement du centre et de prendre les décisions qui s'imposent, conformément à celles qui ont été prises par le Conseil de gestion, d'assurer la gestion du centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes. Il se réunit au moins une fois par mois et aussi souvent que nécessaire sur convocation du président ;

Le mandat du bureau est fixé à 3 ans. Le dernier bureau a été mis en place en 2011.

- L'aire de santé :

L'aire du centre de santé de Kourouma comprend 9 villages avec une population totale de 11 116 habitants en 2009, soit 12 658 en 2013.

Graphique 2 : Les distances au sein de la Commune de Kourouma

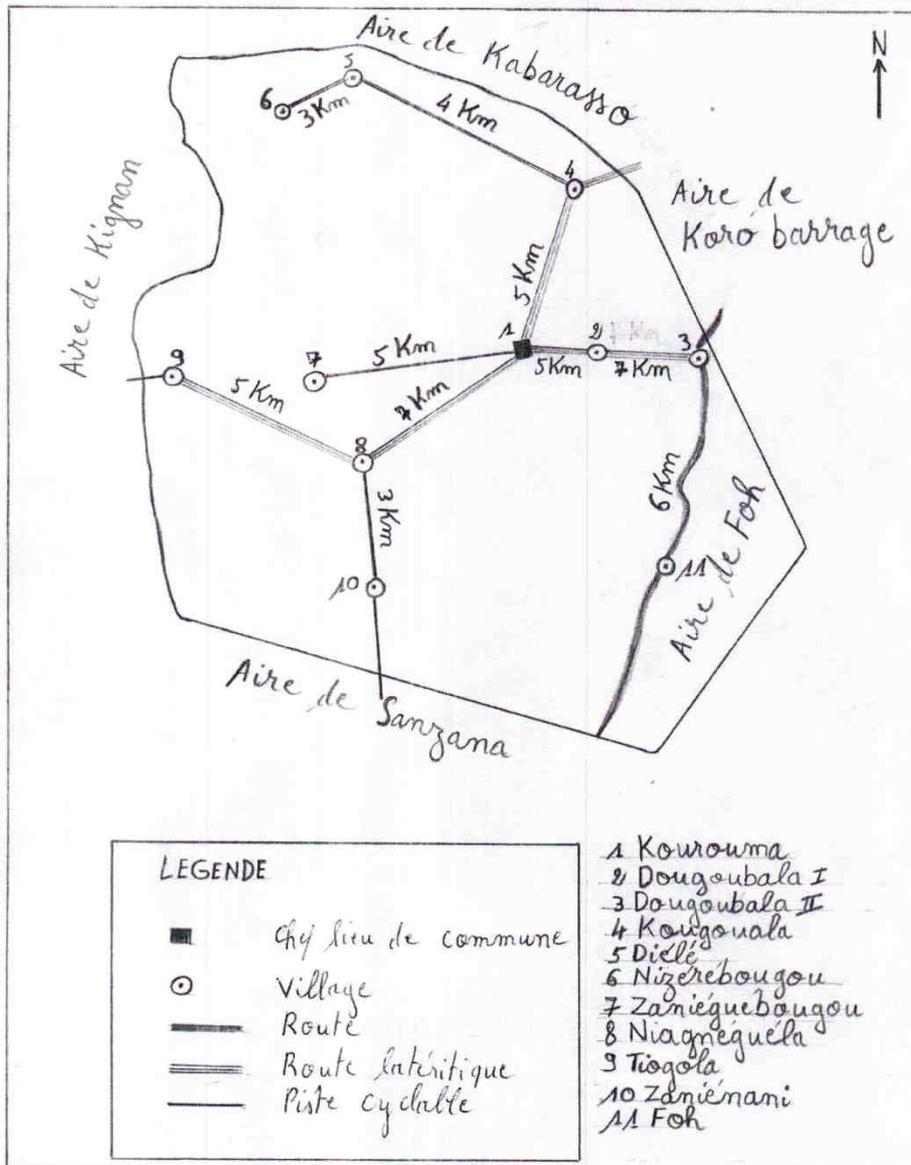


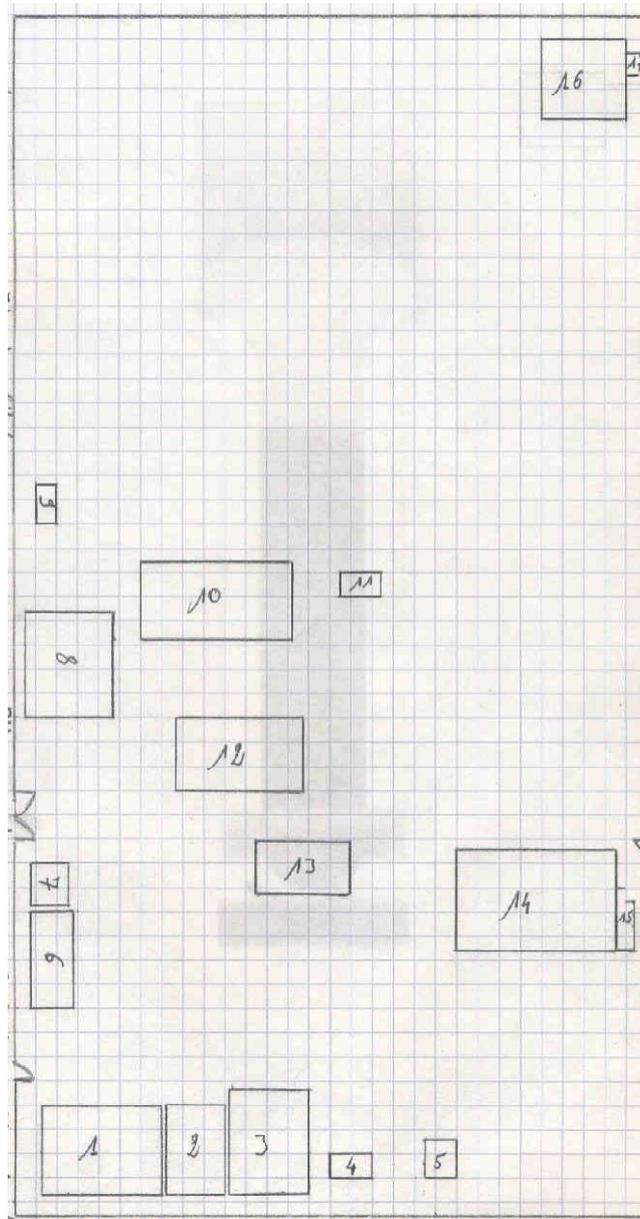
Tableau XIV : Situation des villages de l'aire de santé de Kourouma

Villages	Population			Distance en Km	
	1998	2009	2013	Chef-lieu	CSCOM
Diélé	921	1 226	1 396	9	9
Dougoubala 1	884	1 177	1 340	12	12
Kougouala	777	1 034	1 177	5	5
Kourouma	2 359	3 140	3 575	0	0
Niangnéguéla	1 241	1 652	1 881	7	7
Nizérébougou	803	1 069	1 217	12	12
Tiogola	446	594	676	15	15
Zaniéguébougou	538	716	815	5	5
Zaniénani	382	508	578	11	11
Total	8 351	11 116	12 658		

Source : RGPH 2009 et l'hypothèse d'un taux de croissance annuelle de 3,3 % de la population

- Le centre de santé :

Graphique 3 : Centre de santé de Kourouma.



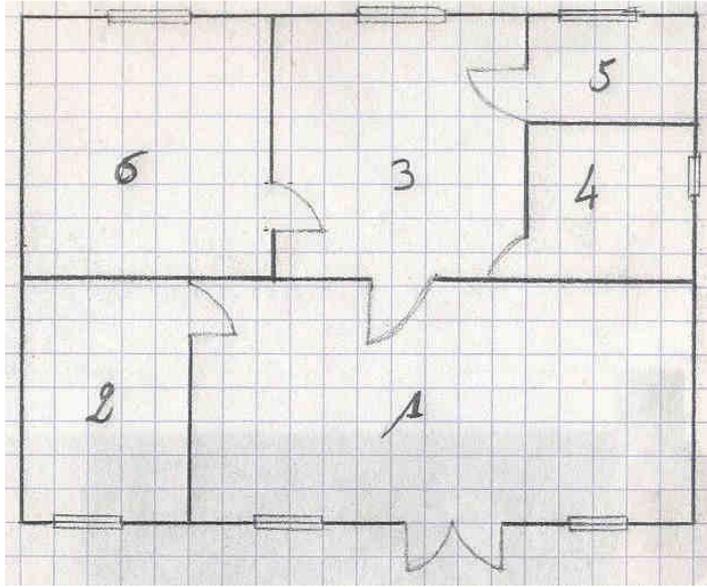
1. Dispensaire
2. Laboratoire
3. Salles d'observation
4. Latrines
5. Dépôt mortuaire
6. Maison du gardien
7. Siège de la mutuelle
8. Unité de CPN
9. Latrines
10. Maternité
11. Latrines
12. Hangar de vaccination
13. Pharmacie
14. Maison du médecin directeur

Situé au centre du village, près de la place du marché, de l'école et de la mairie, le centre de santé de Kourouma est clôturé et comprend 12 bâtiments :

- 1 dispensaire construit en dur disposant :
 - d'un hall d'attente,
 - d'une salle de petite chirurgie,
 - de deux bureaux de consultation,
 - d'une salle d'examen,

- d'une salle blanche.

Graphique 4 : Le dispensaire de Kourouma.



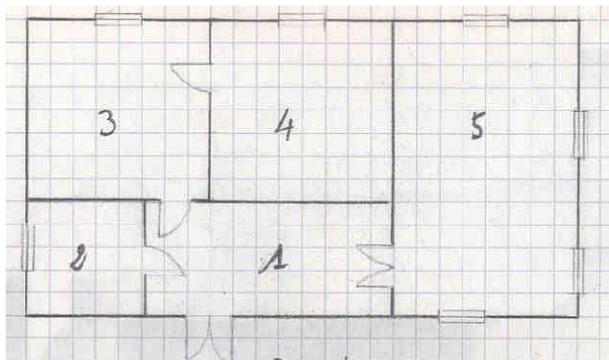
1. Hall d'attente
2. Salle de petite chirurgie
3. Bureau de consultation
4. Salle blanche
5. Salle d'examens
6. Bureau de consultation du médecin directeur

(Echelle : 2 carreaux = 1 mètre)

- 1 maternité construite en dur qui dispose :

- d'un hall d'attente,
- d'un bureau de consultation,
- d'une salle d'accouchement,
- d'une salle des accouchées,
- d'une salle de garde.

Graphique 5 : Maternité de Kourouma.

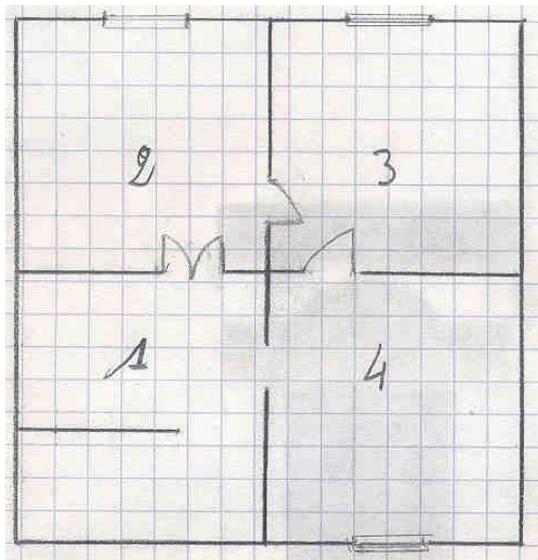


1. Hall d'attente
2. Salle de garde
3. Salle de consultation
4. Salle d'accouchement
5. Salle des accouchées

(Echelle 2 carreaux = 1 mètre)

- 1 unité CPN construite en dur qui dispose :
 - d'un hall d'attente,
 - d'un bureau de consultation,
 - d'une salle d'examen,
 - d'un magasin qui abrite la chaîne de froid.

Graphique 6 : Unité de CPN de Kourouma.



1. Hall d'attente
 2. Bureau de consultation
 3. Salle d'examen
 4. Salle de la chaîne de froid
- (Echelle 2 carreaux = 1 mètre)

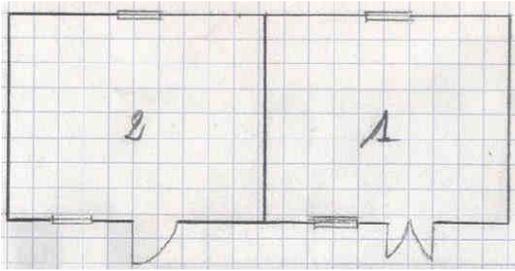
- 1 bâtiment construit en dur, qui abrite deux salles d'observation (pour hommes et femmes) plus un hangar.

Graphique 7 : Bâtiment de mise en observation du CSCOM de Kourouma.

1. Salle d'observation

2. Salle d'observation

(Echelle 2 carreau = 1 mètre)



- 1 laboratoire qui n'est plus fonctionnel pour absence de laborantin.
- 1 bâtiment abritant la pharmacie qui dispose d'une salle de dépôt de produits pharmaceutiques plus la pharmacie proprement dite.
- 1 hangar pour les vaccinations.
- 3 blocs de latrines :
 - 1 pour le dispensaire,
 - 1 pour la maternité,
 - 1 pour l'unité de CPN.

Le centre dispose par ailleurs de :

- 1 bâtiment d'une salle où est déposée la dépouille mortuaire.
- 1 logement avec toilette pour le médecin directeur et sa famille.
- 1 logement pour le gardien avec un hangar qui sert aussi de hall d'attente.
- 1 bâtiment de deux chambres plus un hangar avec une toilette pour les stagiaires.
- 1 petite maison qui abrite le siège de la mutuelle.

Tous les bâtiments sont en dur avec des toitures en tôles et des plafonds à l'intérieur.

Quelques uns ont besoin d'être rénovés.

- Ressources humaines :

Le CSCOM dispose d'une équipe de 7 personnes, dont les niveaux de rémunération sont les suivants :

Tableau XV : Les ressources humaines du CSCOM et le montant de leur rémunération.

AGENTS	REMUNERATIONS
Un docteur en médecine (affilié à l'INPS)	198 420 FCFA
Un adjoint, infirmier du 2 cycle (INPS)	60 000 FCFA
Un gestionnaire, aide-soignant (INPS)	45 000 FCFA
Une matrone 1 (non INPS)	35 000 FCFA
Une matrone 2 (INPS)	40 000 FCFA
Un aide-soignant, Agent PEV (INPS)	35 000 FCFA
Un gardien, sans diplôme (non INPS)	30 000 FCFA

Tous sont affiliés à l'INPS sauf une des matrones et le gardien, qui perçoivent régulièrement leur salaire par l'ASACO.

- Les tarifs pratiqués :

Ils n'ont pas changé depuis l'ouverture de Centre en 1990 !

Tableau XVI : Tarifs pratiqués par le CSCOM de Kourouma

	Tarif en FCFA
Consultations curatives	
Médicale	500
Nuit+jour férié	1 000
Soins infirmiers	
Pansement	150/semaine
Injection IM	100
Injection IV	150
Perfusion	700
Suture simple	1 000
CPN	500
Accouchement	1 500
Carnet de vaccination	100
Fiche suivi grossesse	150
Fiche CPN personnelle	250
Fiche partogramme	150

- Les activités :

L'équipe du CSCOM assure le Paquet minimum d'Activité (PMA) défini par le Ministère de la Santé.

o Activités curatives :

Tableau XVII : Evolution des activités au cours des 4 dernières années

	2008	2009	2010	2011	2012
Nouveaux épisodes					
0-4 ans	3474	3236	2161	2198	2705
5-9 ans	817	685	604	551	848
10-24 ans	2198	1753	1480	1523	1744
25 ans et +	5457	3855	2871	3645	4446
Total	11946	9529	7116	7917	9743
Total consultation					
0-4 ans	3478	3249	2171	2208	2709
5-9 ans	821	686	606	541	849
10-24 ans	2204	1770	1491	1530	1745
25 ans et +	5559	3988	2923	3747	4547
Total	12062	9693	7200	8026	9850
Références					
0-4 ans	1	7	7	4	4
5-9 ans	3	4	0	4	0
10-24 ans	6	8	3	6	11
25 ans et +	18	8	6	10	61
Total	28	27	16	24	76
Evacuations					
0-4 ans	0	0	0	0	1
5-9 ans	0	0	0	0	0
10-24 ans	6	2	0	6	4
25 ans et +	8	2	0	5	9
Total	14	4	0	11	14

Source : Fiche RTA (CSCOM de Kourouma)

○ Santé de la reproduction :

Tableau XVIII : Evolution des activités de santé de la reproduction

	2008	2009	2010	2011	2012
CPN					
Nombre de séances CPN en centre fixe	63	65	63	86	103
Nombre de séances CPN en stratégie avancée/mobile	22	35	38	28	23
Nombre de nouvelles inscriptions à la CPN=NC	539	661	509	468	412
Nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN	731	868	717	656	435
Nombre total de CPN=NC+AC	1414	1649	1449	1125	948
CPN effective	401	424	340	289	261
Prévention du paludisme					
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 1 dose de SP	456	691	492	362	501
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP	349	404	335	300	283
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de VAT ou VATR	602	716	519	533	460
Nombre de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique	1305	1491	1243	1113	987
Accouchement					
Nombre d'accouchements en centre par le personnel qualifié	0	1	0	1	0
Nombre d'accouchements en centre par la matrone/ATR	606	543	365	364	363
Nombre d'accouchements à domicile	2	11	4	4	5
Nombre total d'accouchement	608	555	369	369	368
Nombre de femmes en PPI ayant reçu la vitamine A	555	444	90	355	304
CPON	53	24	25	49	44
PF					
Nombre de séances de consultation PF en centre fixe	62	51	51	62	93
Nombre de séances de consultation PF en stratégie avancée	27	38	38	21	23
Nombre de nouvelles inscriptions en PF (NC)	37	40	30	28	39
Nombre total de consultation PF (NC+AC)	335	382	298	290	231
Plaquettes de pilule distribuées	411	345	338	352	127
DIU (personnel qualifié)	0	0	0	0	0
Condoms distribués	157	216	175	96	143
Spermicides distribués	0	0	0	0	0
Injectables administrés	168	190	117	113	177
Vaccinations des enfants					
Nombre de séances en centre fixe	38	34	20	35	44
Nombre de séances en stratégie avancée/mobile	66	48	42	27	65
BCG					
0-11 mois	812	496	460	1184	1013
12-23 mois	0	0	0	52	0

DTC 1					
0-11 mois	0	0	576	812	586
12-23 mois	0	0	0	44	0
DTC 2					
0-11 mois	0	0	538	822	595
12-23 mois	0	0	0	280	0
DTC 3					
0-11 mois	0	0	613	647	641
12-23 mois	0	0	0	118	0
Polio 0 (0-11 mois)	213	254	197	405	245
Polio 1					
0-11 mois	903	693	597	587	586
12-23 mois	0	0	4	254	0
Polio 2					
0-11 mois	793	670	663	620	595
12-23 mois	0	0	2	280	0
Polio 3					
0-11 mois	734	637	594	647	629
12-23 mois	0	0	8	284	0
HB 1					
0-11 mois	0	0	193	587	586
12-23 mois	0	0	0	254	0
HB 2					
0-11 mois	0	0	198	616	595
12-23 mois	0	0	0	280	0
HB 3					
0-11 mois	0	0	209	647	629
12-23 mois	0	0	0	54	0
VAR					
0-11 mois	703	850	868	598	643
12-23 mois	0	0	9	247	0
FJ					
0-11 mois	703	850	868	598	748
12-23 mois	0	0	9	271	0
HIB 1					
0-11 mois	746	766	778	587	586
12-23 mois	0	0	10	254	0
HIB 2					
0-11 mois	793	739	745	616	595

12-23 mois	0	0	17	280	0
HIB 3					
0-11 mois	734	695	811	647	629
12-23 mois	0	0	13	58	0
Suivi des enfants sains					
Nombre de séances de suivi des enfants sains en centre fixe	34	40	23	20	12
Nombre de séances de suivi des enfants sains en stratégie avancée	36	28	2	0	0
Nombre de nouvelles inscriptions					
0-11 mois	767	574	182	115	63
12-59 mois	19	15	18	0	0
Total	786	589	200	115	63
Nombre total de consultation (NC+AC)					
0-11 mois	2288	1785	302	158	96
12-59 mois	253	270	43	99	26
Total	2541	2055	345	257	122
Vitamine A					
6-11 mois	0	721	355	229	206
12-59 mois	0	5647	2874	73	270

Source : Fiche RTA (CSCOM de Kourouma)

o Origine géographique des usagers du CSCOM :

Tableau XIX : Répartition des usagers du CSCOM selon leur origine géographique « aire-hors aire ».

	Aire	Hors aire	Total	%
Consultations médecine générale	5285	4566	9851	54%
CPN	1012	48	1060	95%
Accouchements	363	33	396	92%
CPON	38	7	45	84%
CN	122	0	122	100%

Source : Fiche RTA (CSCOM de Kourouma)

3.2. Le CSCOM de Foh

– L'ASACO :

L'ASACO de FOH a été créée le 20 Août 2010.

Son bureau, qui compte 10 membres, est renouvelable tous les 5 ans.

L'ASACOFOH est agréée.

– L'aire de santé :

D'une population de 4 008 habitants en 2013, son aire de santé comprend 2 villages.

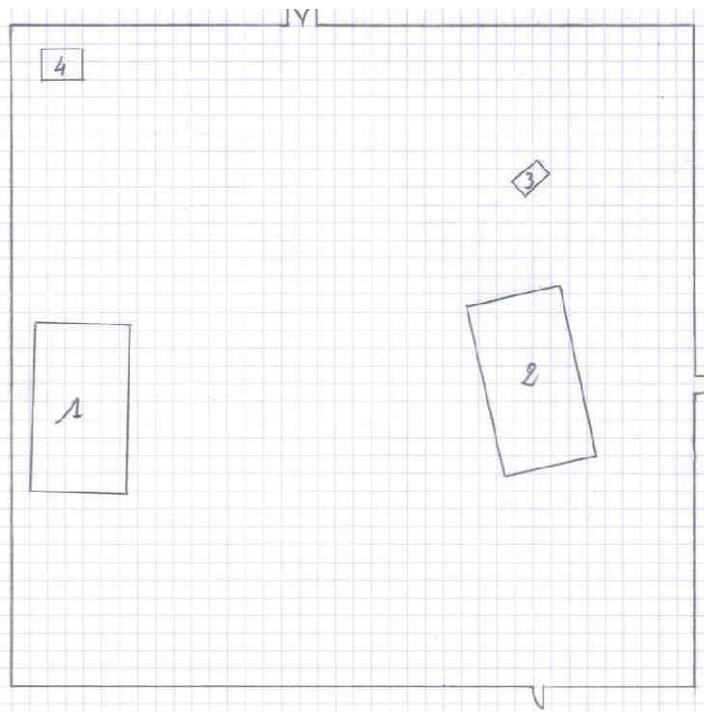
Tableau XX : Situation des villages de l'aire de santé de Foh

Village	Population			Distance en Km	
	1998	2009	2013	Chef-lieu	CSCOM
Foh	1 791	2 384	2 683	8	0
Dougoubala 2	884	1 189	1 354	6	6
Total	2 675	3 573	4 008	14	6

Source : RGPH 2009 et l'hypothèse d'un taux de croissance annuelle de 3,3 % de la population

– Le centre de santé :

Graphique 8 : Le CSCOM de Foh.

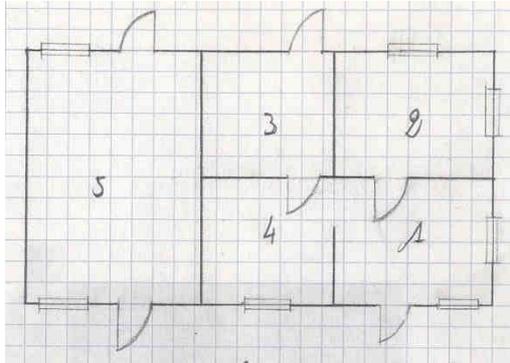


1. Dispensaire
 2. Maternité
 - 3 Toilettes
 4. Toilettes
- (Echelle : 1 carreau = 2 mètres)

Situé vers l'Est au bord de la route allant de Sikasso à Koutiala, le centre de santé de Foh est non loin de la place du marché et comprend 2 grands bâtiments jumeaux et 2 blocs de toilettes qui sont :

- La maternité qui dispose de :
 - 1 bureau de consultation matrone
 - 1 salle d'accouchement
 - 1 salle des accouchées
 - 1 salle de garde
 - 1 chambre du gardien

Graphique 9 : Plan de la maternité de Foh.

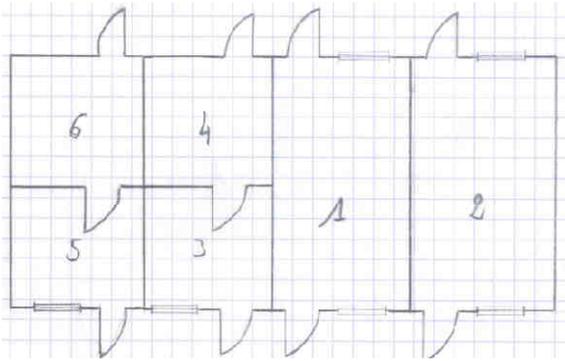


1. Bureau de consultations
 2. Salle d'accouchement
 3. Chambre du gardien
 4. Salle de garde
 5. Salle des accouchées
- (Echelle 2 carreaux = 1 mètre)

- Le dispensaire construit en 2009, qui comprend :
 - 1 salle de consultation
 - 1 salle d'observation

- 1 salle blanche
- 1 salle de vente de médicaments
- 1 salle de dépôt de médicaments
- 1 salle de réception, vente de tickets

Graphique 10 : Plan du dispensaire de Foh.



1. Bureau de consultation
2. Salle de mise en observation
3. Salle de réception, vente de tickets
4. Salle blanche
5. Salle de vente des médicaments
6. Magasin des médicaments

(Echelle : 2 carreaux = 1 mètre)

- 2 blocs de latrine :
 - 1 bloc de 2 latrines pour la maternité
 - 1 bloc 3 latrines pour le dispensaire

Toutes ces concessions sont construites en dur, sont couvertes de tôles et disposent des plafonds à l'intérieur.

– Ressources humaines :

Le centre est géré par une équipe de 7 personnes, dont les niveaux de rémunération sont les suivants :

Tableau XXI : Ressource humaines du CSCOM et niveau des rémunérations mensuelles.

AGENTS	REMUNERATIONS
Un docteur en médecine (INPS)	165 375 FCFA
Un adjoint, infirmier du second cycle (non INPS)	60 000 FCFA
Une gestionnaire, matrone de formation (non INPS)	35 000 FCFA
Une matrone (non INPS)	25 000 FCFA
Un aide-soignant (non INPS), Agent PEV	25 000 FCFA
Un réceptionniste, niveau DEF (non INPS)	15 000 FCFA
Un gardien non diplômé (non INPS)	30 000 FCFA

Ils sont tous contractuels, leur rémunération est assurée par l'ASACO. Seul le médecin directeur est affilié à l'INPS.

– Les tarifs pratiqués :

Tableau XXII : Tarifs pratiqués par le CSCOM

	Adhérents	Non adhérents
Consultation		
Consultation curative	500	500
Consultation enfant sain	500	500
Consultation élève	250	250
Consultation après heures de travail	750	750
Consultation à domicile	2 000	2 000
Soins infirmiers		
Injection IV	150	200
Injection IM	100	150
Injection SC	150	200
Pansement	500/semaine	500/semaine
Circoncision	1 000	1 000
Prestation maternité		
CPN	500	500
CPON	500	500
CPF	500	500
Accouchement normal	2 000	2 000
Accouchement avec épisiotomie	3 000	3 000
Accouchement à domicile	4 000	4 000
Accouchement gémellaire	3 000	3 000
Accouchement mort né	1 000	1 000

– Les activités :

L'équipe du centre assure le Paquet minimum d'Activité défini par le Ministère de la Santé :

○ Activités curatives :

Tableau XXIII : Evolution des activités depuis sa création.

	2011	2012
Nouveaux épisodes		
0-4 ans	982	1370
5-9 ans	348	470
10-24 ans	856	702
25 ans et+	1244	1086
Total	3430	3628
Total consultation		
0-4 ans	1056	1458
5-9 ans	354	490
10-24 ans	926	788
25 ans et +	1370	1170
Total	3706	3906
Références		
0-4 ans	7	7
5-9 ans	1	2
10-24 ans	5	4
25 ans et +	4	5
Total	17	18
Evacuations		
0-4 ans	0	2
5-9 ans	1	0
10-24 ans	1	1
25 ans et +	8	1
Total	10	4

Source : Fiche RTA (CSCOM de Foh)

○ Santé de la reproduction :

Tableau XXIV : Evolution des activités de santé de la reproduction.

	2011	2012
CPN		
Nombre de séances CPN en centre fixe	62	46
Nombre de séances CPN en stratégie avancée/mobile	0	0
Nombre de nouvelles inscriptions à la CPN=NC	148	206
Nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN	88	54
Nombre total de CPN=NC+AC	320	458
CPN effective	40	46
Prévention du paludisme		
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 1 dose de SP	68	288
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP	48	60
Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de VAT ou VATR	104	76
Nombre de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique	320	374
Accouchement		
Nombre d'accouchement en centre par le personnel qualifié	192	38
Nombre d'accouchement en centre par la matrone/ATR	30	192
Nombre d'accouchement à domicile	3	4
Nombre total d'accouchement	225	234
Nombre de femmes en PPI ayant reçu la vitamine A	221	233
CPON	199	210
PF		
Nombre de séances de consultation PF en centre fixe	48	78
Nombre de séances de consultation PF en stratégie avancée	0	0
Nombre de nouvelles inscriptions en PF (NC)	50	46
Nombre total de consultation PF (NC+AC)	142	196
Plaquettes de pilule distribuées	76	40
DIU (personnel qualifié)	0	0
Condoms distribués	0	0
Spermicides distribués	0	0
Injectables administrés	77	128
Vaccinations des enfants		
Nombre de séances en centre fixe	0	12
Nombre de séances en stratégie avancée/mobile	0	6
BCG		
0-11 mois	0	146
12-23 mois	0	29

DTC 1		
0-11 mois	0	102
12-23 mois	0	0
DTC 2		
0-11 mois	0	74
12-23 mois	0	0
DTC 3		
0-11 mois	0	124
12-23 mois	0	0
Polio 0 (0-11 mois)		98
Polio 1		
0-11 mois	0	102
12-23 mois	0	0
Polio 2		
0-11 mois	0	74
12-23 mois	0	0
Polio 3		
0-11 mois	0	124
12-23 mois	0	0
HB 1		
0-11 mois	0	92
12-23 mois	0	54
HB 2		
0-11 mois	0	104
12-23 mois	0	66
HB 3		
0-11 mois	0	148
12-23 mois	0	74
VAR		
0-11 mois	0	114
12-23 mois	0	54
FJ		
0-11 mois	0	114
12-23 mois	0	54
HIB 1		
0-11 mois	0	0
12-23 mois	0	0
HIB 2		
0-11 mois	0	0

12-23 mois	0	0
HIB 3		
0-11 mois	0	0
12-23 mois	0	0
Suivi des enfants sains		
Nombre de séances de suivi des enfants sains en centre fixe	0	6
Nombre de séances de suivi des enfants sains en stratégie avancée	0	0
Nombre de nouvelles inscriptions		
0-11 mois	0	124
12-59 mois	0	236
Total	0	360
Nombre total de consultation (NC+AC)		
0-11 mois	0	174
12-59 mois	0	266
Total	0	440
Vitamine A		
6-11 mois	0	0
12-59 mois	0	0

Source : Fiche RTA (CSCOM de Foh)

o Origine géographique des usagers du CSCOM :

Tableau XXV : Répartition des usagers selon leur origine géographique (aire-hors aire) :

	Aire	Hors aire	Total	%
Consultations médecine générale	2440	1466	3906	62%
CPN	412	46	458	90%
Accouchements	183	51	234	78%
CPON	159	51	210	76%
CN	440	0	440	100%

Source : Fiche RTA (CSCOM de Foh)

3.3. BUTS ET OBJECTIFS DU PLAN COMMUNAL :

Le Plan Communal de Développement Sanitaire et Social de la Commune Rurale de Kourouma 2014-2018 a pour but d'amener la population de cette collectivité territoriale au meilleur état de santé possible dans le cadre de la politique nationale de santé du Mali.

Il s'agira pour cela d'assurer la réalisation du service public de santé qui est :

- d'une part de garantir l'accès aux soins essentiels de qualité de l'ensemble de la population vivant dans la commune,

- d'autre part de mettre en œuvre les grands programmes nationaux de santé publique

3.3.1. OBJECTIFS GENERAUX

D'ici le 31 décembre 2018, devront être atteints les objectifs généraux suivants :

- Réduire la mortalité infanto-juvénile (décès d'enfants de moins de 5 ans),
- Réduire la mortalité maternelle,
- Réduire chez les enfants de moins de 5 ans :
 - o le taux de malnutrition aigue,
 - o le taux de malnutrition chronique,
- Réduire l'incidence et la prévalence des affections des fléaux que sont :
 - o Le VIH,
 - o La tuberculose
 - o Le paludisme
- Assurer la prise en charge de certaines maladies chroniques (diabète, drépanocytose, épilepsie).

3.3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

D'ici le 31 décembre 2018, devront être atteints les objectifs suivants :

➤ Attraction :

- Elever le taux de fréquentation des consultations de médecine générale au-delà de 0,8 nouvel épisode par personne et par an,
- Elever le taux d'accouchement en maternité au-delà de 80 %,
- Assurer la prise en charge, le traitement et la référence appropriée des personnes souffrant :
 - o de diabète,
 - o de drépanocytose,
 - o d'épilepsie.

➤ Couverture :

- Assurer un taux de couverture :
 - o de 80 % de CPN3
 - o de 80 % des CPON
 - o de 80 % des CN au 6^{ème} mois

- de 15% de prévalence contraceptive
- Assurer un taux de couverture vaccinale :
 - de 80 % des enfants de 12 à 23 mois par les antigènes du PEV.
 - de 90 % des enfants de moins de 5 ans par la vaccination polio orale,
 - de 50 % des nouveaux nés par le vaccin Hévac B dans les 24 heures après l'accouchement.
- Nutrition :
 - assurer le dépistage de 70 % des enfants souffrant de malnutrition aigüe,
 - assurer la récupération nutritionnelle de 75 % des enfants malnutris dépistés.
- Sida :
 - Assurer le dépistage de 80 % des personnes séropositives de la commune,
 - Assurer la PTME à 80 % des femmes enceintes séropositives dépistées,
 - Assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi de 20 % des personnes dépistées après décisions d'un médecin prescripteur.
- Tuberculose :
 - Assurer le dépistage de 50 % des malades souffrant de tuberculose et la guérison de 80 % des malades mis en traitement.
- Drépanocytose :
 - Dépister 30 % des malades de la commune souffrant de drépanocytose et assurer leur suivi continu afin de prévenir ou traiter les crises (soit 7 par an).
- Diabète :
 - Dépister et traiter 50 % des diabétiques de type 1 de la commune (soit 1 par an),
- Epilepsie :
 - Dépister 20 % des malades de la commune souffrant d'épilepsie et assurer leur traitement (soit 30 personnes par an).

IV. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée a été appliquée à une Commune rurale selon les principes de la planification sanitaire décentralisée. Elle a pour cela suivi les différentes étapes du processus d'élaboration d'un plan de développement sanitaire en respectant les étapes suivantes :

1. Le contexte
2. Les problèmes
3. Les priorités
4. Les objectifs
5. Les stratégies
6. Les moyens
7. La programmation
8. La faisabilité

Cette démarche a conduit à l'utilisation du tableur « Afrisanté » qui permet de procéder à des simulations à partir de données initiales, d'hypothèses et de décisions. Son application à la commune étudiée a abouti à l'élaboration des comptes prévisionnels de résultats, à la détermination de coûts unitaires de production des principaux soins et à la mesure de la productivité des différents types de ressources humaines. Ont ainsi été intégrées :

- Des données de base relatives à la commune et à chacune de ses aires de santé :
 - o Les villages de l'aire de santé, leur population et la distance qui les séparent de leur CSCOM,
 - o Les distances entre le CSCOM et l'hôpital qui assure la première référence
 - o La pyramide des âges,
 - o Des données sanitaires nationales ou régionales (taux de natalité, taux d'incidence de la tuberculose,...),
 - o Les activités du centre et autres données pour l'année (n-1),

- Des hypothèses concernent:
 - o L'influence de la distance sur la fréquentation du centre de santé,
 - o L'estimation des besoins,
 - o Les programmes de santé publique,
 - o Les ressources humaines,
 - o Les coûts unitaires des consommables par acte,
 - o Le coût moyen d'une ordonnance
 - o Les locaux
 - o Les équipements
 - o Les amortissements
 - o Les déplacements
 - o Les autres hypothèses
 - o La solidarité
 - o Les charges diverses de fonctionnement.
- Des décisions concernent l'engagement des responsables de la structure, à savoir les équipes de santé de la commune en liaison avec le Maire et le médecin chef de district, selon leurs champs de compétence respectifs. Sont concernés :
 - o Les ressources humaines
 - o Les différents tarifs
 - o La contractualisation
 - o L'intéressement aux résultats
 - o La solidarité.

1. CADRE DE L'ETUDE :

Il s'est porté sur la Commune rurale de Kourouma dans le cercle de Sikasso, car c'est elle qui bénéficie de la présence d'un médecin de campagne qui vit et travaille depuis longtemps dans la même localité, puisque son installation remonte à 1990. Le médecin qui dirige le CSCOM de Kourouma depuis 22 ans⁷ est le 2^{ème} médecin de campagne. Son prédécesseur⁸, qui s'était installé à N'Tonsoni dans le cercle de Koutiala en 1989 a changé de localité en se déplaçant à Zégoua dans le cercle de Kadiolo où il travaille encore aujourd'hui.

⁷ Le docteur Moussa Marico

⁸ Le docteur Issa Dembéle

Par ailleurs, la personnalité du Maire de la Commune de Kourouma, qui a présidé la Croix Rouge Malienne et en est encore le président honoraire, et dirige actuellement le Fonds National de Solidarité en fait un interlocuteur privilégié pour accompagner l'élaboration de ce type de plan.

2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2012 à partir des rapports trimestriels d'activités des CSCOM de Kourouma et de Foh.

3. ECHANTILLON D'ETUDE :

La population d'étude est l'ensemble des habitants vivants dans les deux aires de santé et quelques habitants d'autres aires.

4. TECHNIQUE DE COLLECTE :

Le recueil des informations nécessaires à la conduite de la thèse s'est effectué à l'occasion de plusieurs séjours dans la Commune de Kourouma, qui ont permis :

- des séances de travail avec les médecins directeurs des CSCOM de Kourouma et de Foh, ainsi qu'avec les membres de leur équipe respective,
- des rencontres avec Monsieur le Maire de la Commune de Kourouma et ses collaborateurs,
- des échanges avec le médecin chef de Kignan dont dépend la commune de Kourouma.

Les techniques utilisées étaient l'interview l'observation ouverte et la mesure des dimensions des locaux à l'aide d'un mètre ruban et de la craie.

Les données ont été collectées à l'aide des rapports trimestriels d'activité du centre et de questionnaires préétablis qui ont été adressés au maire ou à ses collaborateurs, aux présidents des ASACO, aux CPM et à leur équipe respective.

5. TRAITEMENTS ET ANALYSE DES DONNEES :

Nous avons effectué la saisie et l'analyse statistique des données recueillies au cours de notre enquête avec le logiciel « Afrisanté » de type Excel.

6. CONSIDERATION D'ETHIQUE ET DE DEONTOLOGIE :

Nous avons obtenu l'autorisation administrative avant de nous rendre à Kourouma. Pour pouvoir débiter la collecte des données, la communauté de Kourouma fut informée afin d'avoir sa permission. Aux différents centres de santé, le consentement éclairé de tous les agents fut obtenu avant de leur donner les questionnaires. Nous les avons rassurés de la confidentialité des données recueillies. Les résultats que nous avons obtenus seront diffusés à la commune afin qu'elle s'en inspire pour rédiger leur propre plan de développement sanitaire.

V. RESULTATS

1. RESULTATS ATTENDUS :

Au cours de l'année 2018 :

- Du point de vue de la qualité des soins :
 - o Les 2 CSCOM disposent des structures répondant aux critères de qualité.
- Du point de vue de l'accès aux soins :
 - o Les soins définis dans le cadre du PMA national sont disponibles à tout moment et répondent aux critères de qualité.
 - o Les programmes nationaux de santé publique sont mis en œuvre dans la commune,
 - o Les tarifs sont à la portée de toute la population de la Commune et sont en rapport avec les capacités financières de leur famille.
- Du point de vue des pathologies :
 - o le nombre de décès des enfants de moins de 5 ans a été réduit de façon significative,
 - o le nombre de décès maternels a été réduit de façon significative,
 - o le nombre de décès par paludisme a été réduit de façon significative,
 - o au moins 58 cas de Sida ont été dépistés et 18 traités par les ARV
 - o 5 PTME ont été réalisées
 - o 10 malades souffrant de tuberculose ont été dépistés et traités
 - o aucun cas de rougeole n'a été constaté
 - o toutes les femmes porteuses de fistule obstétricale ont été dépistées et traitées et aucun nouveau cas de fistule obstétricale n'est apparu
 - o aucun nouveau cas de poliomyélite n'a été diagnostiqué.
 - o des malades souffrant de drépanocytose, de diabète et d'épilepsie ont été diagnostiqués et pris en charge.
- Du point de vue des méthodes de santé publique :
 - o tous les cas de décès maternel et d'enfants de moins de 5 ans sont documentés, afin de permettre l'analyse des causes et des circonstances de décès et les prises de mesure corrective.

- Du point de vue managérial :
 - o les dépenses de santé sont maîtrisées,
 - o les comptes des CSCOM sont équilibrés.
 - o tous les produits pharmaceutiques requis sont disponibles sans rupture, sans perte et aux meilleurs prix.

2. LA STRATEGIE D’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE :

Elle reprendra les termes du Plan de développement sanitaire et social du district de Kignan, conformément à celles du PRODESS 2014-2018.

2.1. LES GRANDES OPTIONS STRATEGIQUES

L’ensemble de l’action sanitaire aura pour but d’assurer la réalisation du service public de santé au sein de la commune, c'est-à-dire « *d’assurer l’accès de l’ensemble de la population de la commune aux soins essentiels de qualité produits aux meilleurs coûts* » (1).

a. La qualité des soins

Elle peut être définie comme « ce que l’on souhaite pour son père, sa mère, son conjoint ou son enfant lorsqu’ils doivent bénéficier de soins, qu’ils soient curatifs, préventifs ou promotionnels⁹ ».

Sa réalisation repose sur le respect de 3 types de normes (20):

- des normes relatives à la structure : bâtiments, équipements, produits pharmaceutiques, ressources humaines, disponibilité d’eau potable.
- des normes relatives aux procédures : organisation, gestion, programmation, protocoles, méthodes,...
- des normes relatives aux résultats : qualité, impact, coûts.

Cette notion de qualité conduit à distinguer :

- la qualité humaine, qui concerne principalement l’accueil (respect, compassion,...) et l’information des usagers sur les affections dont ils souffrent, sur ce qu’ils doivent faire (où aller, comment y aller,...) et sur le coût des services qui leur seront rendus.
- la qualité médicale, qui concerne l’application des principes retenus par la communauté scientifique devant chaque signe, symptôme, syndrome, diagnostic ou complication.

Elle doit être définie à partir de référentiels des conduites à tenir : référentiels des diagnostics et des prises en charge, référentiels de l’accueil,...

⁹ Définition du professeur Hubert Balique ,

Dans la commune, la stratégie consistera :

- à prendre connaissance des référentiels établis par le Ministère de la Santé et éventuellement par ses partenaires (OMS, UNICEF,...)
- à assurer leur application dans les deux CSCOM de la Commune,
- à procéder à une évaluation interne de leur application tous les deux ans (2015 et 2017).

b. La gestion axée sur les résultats (GAR)

La gestion axée sur les résultats « est un mode de gestion par lequel une organisation veille à ce que ses processus, ses produits et ses services contribuent à la réalisation d'une série de résultats escomptés. Elle repose sur une comptabilité clairement définie des résultats, et prévoit un suivi systématique, une autoévaluation et l'établissement de rapports sur les progrès accomplis¹⁰». Elle va au-delà du financement axé sur les résultats « en considérant l'environnement et la culture de la gestion organisationnelle dans sa globalité, comprenant également la gestion des ressources humaines. »

Cette « GAR » doit présider aux décisions et aux actions quotidiennes qui conduisent à la production des soins afin de parvenir aux meilleurs résultats en ce qui concerne la maîtrise de la qualité des soins définie ci-dessus, leur impact en termes de santé publique et leurs coûts unitaires de production.

- L'impact en santé publique concerne les effets sur la santé d'une politique, d'un programme, d'un projet ou d'une méthode. Il se mesure soit par la variation d'indicateurs stratégiques (taux de couverture, taux d'attraction,...), soit d'indicateurs de santé (taux de morbidité, de mortalité,...).
- Le coût unitaire des soins sera mesuré en tenant compte aussi bien des charges variables, directement liées à l'activité concernée, que des charges fixes, qui tiennent compte du nombre d'activités réalisées par la même unité de production (économie d'échelle).

c. La contractualisation

La mise en œuvre des programmes d'action sanitaire se fera progressivement par la signature de contrats entre l'Etat (à travers ses structures déconcentrées que sont les districts sanitaires) et les opérateurs que sont les formations sanitaires assurant le service public de santé. Cette contractualisation constitue un des fondements de la politique de santé à venir du Mali, qui devrait être mise en œuvre de façon effective au cours du PRODESS 2014-2018.

¹⁰<http://www.fao.org/about/57743/fr/>

Cette nouvelle démarche mettra un terme à la procédure des budgets programmes par laquelle l'Etat et ses partenaires délivrent des subventions pour réaliser des activités programmées et la remplacera par le paiement d'activités réalisées conformément au plan d'opération qui aura été établi pour l'année en cours.

La commune de Kourouma doit en conséquence se préparer à de telles procédures, qui auront pour avantage de garantir l'utilisation appropriée des ressources de l'Etat et de permettre l'introduction d'un intéressement aux résultats des ressources humaines.

d. L'intéressement aux résultats

Il sera instauré conformément aux perspectives établies par le PRODESS 2014-2018.

Sa mise en œuvre dépendra de la signature effective des contrats de service public avec l'Etat, qui prévoient le paiement des charges relatives aux ressources humaines en fonction des résultats.

Son application sera collective : elle concernera de façon équitable l'ensemble des membres de chacune des équipes de santé sur la base de la rémunération de base de chacun et d'un indice synthétique de résultats (ISR) qui aura été élaboré sur la base du panier d'objectifs retenus et des résultats obtenus.

e. La pérennisation des structures

Le plan introduira dans ses comptes l'amortissement des équipements afin de permettre leur renouvellement lorsqu'ils seront obsolètes.

Les sommes ainsi dégagées seront versées sur un compte spécial ouvert dans une banque commerciale au nom de chaque CSCOM, en attendant la création d'un fonds national d'investissement.

f. L'évaluation

Elle devra permettre :

- de vérifier dans quelle mesure les deux centres de santé répondent aux critères définis par le Ministère de la Santé en matière de qualité des soins,
- de mesurer et analyser la qualité des soins, l'impact des activités et les coûts unitaires des soins.
- de mesurer le degré d'atteinte des objectifs du plan.

3. L'ORGANISATION DE L'ACTION SANITAIRE :

3.1. ORGANISATION DES ACTIVITES

Les activités des CSCOM se répartiront entre activités fixes au centre de santé et activités avancées dans les villages de chaque aire de santé. Toutes deux devront être réalisées par la même équipe, qui devra travailler en alternance, c'est-à-dire un jour au centre et un jour en déplacement.

➤ Les activités fixes :

Elles devront :

- avoir lieu tous les jours ouvrables, matins et soirs, aux horaires fixés par les deux ASACO, dans le respect de la législation en vigueur au Mali.
- assurer la permanence 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 de la prise en charge des accouchements et des urgences.

Elles comprendront essentiellement :

- Au dispensaire :
 - les consultations de médecine générale,
 - les soins infirmiers,
 - le suivi des maladies de longue durée (sida, tuberculose, lèpre, drépanocytose, épilepsie, diabète,...),
 - la prise en charge des urgences,
 - la petite chirurgie,
 - les examens de laboratoire,
 - la mise en observation de malades,
 - l'échographie.
 - les séances éducatives.
- A la maternité :
 - les consultations de santé de la reproduction (CPN, CPON, CN, PF)
 - les accouchements,
 - les vaccinations,
 - la récupération et l'éducation nutritionnelle,
 - les séances éducatives.

Seront par ailleurs réalisées les activités rendues possibles par la présence d'un docteur en médecine à la direction des centres, à savoir :

- la prévention, le dépistage et le traitement des personnes vivant avec le VIH, y compris la PTME,
- le dépistage et le traitement des personnes souffrant de tuberculose,
- le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge thérapeutique des personnes souffrant de drépanocytose,
- la prise en charge thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie,
- le dépistage et le traitement des malades souffrant de diabète.

Ses activités s'intégreront dans le cadre des grands programmes nationaux de santé publique, dont la mise en œuvre dans le cercle est dirigée par l'équipe de santé du district de Kignan.

Seront concernés :

- la lutte contre la mortalité maternelle,
- la planification familiale,
- la lutte contre le VIH,
- la lutte contre la tuberculose,
- la lutte contre la lèpre,
- le Programme Elargi de Vaccination,
- la lutte contre la malnutrition,
- la prise en charge du diabète,
- la lutte contre la drépanocytose,
- la lutte contre l'épilepsie.

Les activités du CSCOM de Kourouma seront élargies ultérieurement :

- aux examens de laboratoire : Taux d'hémoglobine, taux d'hématocrite, tests rapide (sérologie HIV, paludisme), fixation (ou éventuellement lecture par examen direct) des crachats, glycémie par glucomètre, prélèvement sanguin du cordon ombilical sur papier filtre (drépanocytose)...
- puis à l'échographie (à visée abdominale et gynéco-obstétricale).

Les deux conditions préalables seront non seulement l'acquisition des équipements et consommables requis, mais aussi la formation en échographie du médecin directeur et de la sage-femme du centre et en techniques de laboratoire des infirmiers (le recrutement d'un laborantin ne pourra être envisagé que s'il accepte de participer également aux soins, comme les infirmiers).

➤ Les activités avancées :

Elles seront réalisées par les équipes des CSCOM, qui se rendront au moins une fois par mois dans chacun des villages de leur aire de santé.

Elles seront réalisées par le déplacement en moto d'une équipe de 2 agents de genre différent, afin de respecter la pudeur de chacun et faciliter la communication sur les sujets délicats (essentiellement relatifs aux questions liées à la sexualité).

Elles comprendront :

- un infirmier, qui effectuera essentiellement (i) des consultations de médecine générale, y compris à domicile pour les personnes ne pouvant pas se déplacer (ii) la recherche des patients ayant une affection au long court et perdus de vue (diabétiques, malades du Sida, malades souffrant de tuberculose,...), (iii) des séances d'entretien avec les adultes hommes, (iv) des séances d'entretien avec les jeunes gens.
- une infirmière (ou une sage-femme), qui effectuera principalement (i) des consultations de santé de la reproduction destinées aux femmes (CPN, CPON, PF) et aux enfants (CN), (ii) des séances d'entretien avec les femmes mariées, (iii) des séances d'entretien avec les jeunes filles célibataires ou fiancées n'ayant pas encore rejoint leur mari.

De plus, l'équipe effectuera (i) des consultations des enfants destinées notamment au dépistage de la malnutrition et aux séances de vaccination, (ii) des entretiens avec les notables du village, (iii) la recherche active des patient(e)s qui n'ont pas respecté leur dernier rendez-vous ou qui ont été perdu(e)s de vue, (iv) des distributions de produits pharmaceutiques (antipaludéens, antiépileptiques,...) selon les divers protocoles,...

Par ailleurs, elle pourra rencontrer les personnes atteintes d'affections chroniques ou de longue durée (diabète, HIV, tuberculose,...).

Enfin, elle veillera à élaborer puis à tenir à jour les fiches « santé » de chaque famille en procédant à leur réactualisation continue en y inscrivant les naissances et décès. L'équipe disposera en conséquence de la liste exhaustive (et à jour) des enfants à vacciner, à examiner, à traiter,... en ayant la possibilité de les retrouver en cas d'absence. Il en sera de même pour le suivi des grossesses, des enfants malnutris, des malades souffrant d'affections chroniques,...

➤ Les références :

Les malades qui nécessitent des soins spécialisés seront référés sur le Centre de santé de référence ou l'hôpital de Sikasso.

- soit en appelant une ambulance, qui viendra les chercher à la demande du médecin directeur du CSCOM.
- soit en empruntant les transports en commun pour les malades qui peuvent les utiliser.

Le coût des évacuations est en principe pris en charge par la mairie et les ASACO respectives. S'il fait lui-même appel à une ambulance, le patient devra supporter une charge de 17 000 FCFA si c'est à Kourouma et de 15 000 FCFA si c'est à Foh.

Le prix du transport sera éventuellement couvert par une assurance, une mutuelle ou le RAMED selon des modalités qui nécessitent encore d'être définies.

3.2. LES RELAIS VILLAGEOIS

La conduite de certains programmes d'action sanitaire bénéficiera largement de la présence de « personnes relai » dans les villages.

L'ancien arrondissement de Kourouma, qui constitue aujourd'hui la Commune, a initié, il y a 35 ans, la formation d'équipes de santé de village constituées d'hygiénistes secouristes, d'accoucheuses traditionnelles recyclées, d'animatrices villageoises et de tradipraticiens. Presque tous les villages disposaient alors de leur pharmacie, de leur boîte d'accouchement et certains d'entre eux de leur case de santé. La plupart des hygiénistes secouristes étant issus des centres d'alphabétisation fonctionnelle des villages (soutenus par la CMDT¹¹), ils pouvaient bénéficier des brochures écrites par les chercheurs de la DNAFLA en langue bamanan (comme « keneyasabatiliwaléw, nyonisan,tugu ci,... »), dont la plupart ont bénéficié des compétences du Centre de Formation et de Recherche en Santé Rurale de Kolokani et tenir à jour des registres (patients traités, naissances, décès,...).

Les enseignements issus de cette expérience et les formations de relais villageois qui l'ont poursuivie au cours des dernières années conduisent à l'application de plusieurs principes :

- Le rôle des relais doit être défini à partir des besoins réels des villages et des interventions des autres acteurs que sont notamment les équipes de santé du CSCOM ou les enseignants.
- Ils doivent être utilisés pour faciliter la mise en œuvre des programmes d'action sanitaire au niveau des villages, en aidant les équipes du CSCOM lors de la venue au village en réalisant les activités qui leur auront été demandées après leur départ.

¹¹ Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles

- Le choix des relais doit revenir à l'équipe du CSCOM avec lequel ils auront à travailler. Elle identifiera les personnes les plus à même d'apporter leur contribution et proposera leur candidature devant le conseil de village, dont dépendra leur emploi.
- Les relais ne doivent pas être liés à la mise en œuvre d'un programme spécifique d'action sanitaire, mais à l'ensemble des programmes.
- Ils doivent bénéficier d'une indemnité mensuelle unique pour l'ensemble de leurs activités, dont le montant sera lié à leur importance et inscrit dans un contrat qu'ils auront signé avec leur ASACO. Ainsi, plusieurs niveaux d'indemnité pourront être appliqués dans l'ensemble de la commune.
- Les relais doivent être l'objet d'une évaluation annuelle de leur contribution aux programmes d'action sanitaire. Ses résultats leur permettront d'améliorer leur redistribution et de justifier éventuellement la suspension ou la reconduite du contrat qui les lie à leur ASACO.
- Les relais qui ne remplissent pas les termes de leur contrat doivent être remerciés et éventuellement remplacés.

4. LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE :

4.1. LE RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL

Il s'effectuera par :

- la mise en place d'un Conseil Communal de Santé (CCS),
- le renforcement de la participation des populations de la commune aux actions de santé.

A. Le Conseil Communal de Santé

Présidé par le Maire, le CCS devra regrouper au moins avec voix délibérative :

- le chargé de l'action sanitaire et sociale du conseil communal, qui assurera le secrétariat du conseil,
- les représentants de la Commune au Conseil de cercle,
- les présidents des 2 ASACO,
- le directeur de l'école de Kourouma,
- la présidente de l'association des femmes de la Commune,
- le président de l'association des jeunes de la Commune,
- le Président de l'Association des Thérapeutes Traditionnels de la Commune,

Les directeurs des 2 CSCOM, le député de la commune, le médecin chef du district de Kignan et le sous-préfet en seront membres de droit avec voix consultative.

Le CCS pourra être ouvert à toute autre personne pouvant contribuer à la conduite des actions de santé après avis favorable du conseil.

Il sera l'instance de pilotage de l'action sanitaire dans la commune et l'organe de régulation des CSCOM par la Commune.

Doté d'un statut et d'un règlement intérieur, il se réunira de façon ordinaire au moins une fois par an et aussi souvent que nécessaire sur décision du Maire.

B. Le renforcement de la participation des populations de la commune aux actions de santé.

Il s'effectuera :

- de façon collective :
 - o par la consolidation des ASACO, qui devra garantir l'application de certains principes essentiels :
 - adhésion individuelle à l'ASACO avec remise d'une carte de membre portant les noms des ayants droit de la famille ;
 - proposition à l'ASACO de réduire si nécessaire le montant de la cotisation pour permettre l'adhésion à l'association de la majorité de la population.
 - renouvellement des bureaux dans le respect des règles démocratiques (liste d'émargement, vote par bulletin secret, isoloir, contrôle des votants,...), des statuts et du règlement intérieur.
 - organisation des assemblées annuelles statutaire avec notamment approbation du budget de l'année « n-1 » et vote du budget de l'année « n+1 » de l'association et du CSCOM.
 - organisation avant chaque élection d'un nouveau bureau d'un audit externe des comptes pour délivrance d'un quitus de gestion à l'équipe sortante.
 - o par l'établissement du programme annuel d'activité de l'ASACO qui sera soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale.
 - o par la mobilisation des associations de femmes de la commune pour promouvoir la santé des populations.
- de façon individuelle en appliquant les recommandations du Ministère de la Santé afin de promouvoir leur santé et celle de leur famille.

4.2. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE EXISTANTE DE SOINS

Il devra permettre aux CSCOM d'assurer l'ensemble des activités requises, en garantissant la qualité des soins. Pour cela seront prises les mesures suivantes :

A. La carte sanitaire

Compte tenu de la population et des distances, le nombre de CSCOM de la commune restera limité aux 2 structures existantes (Kourouma et Foh) pendant la période 2014-2018 du plan, afin d'assurer leur pérennité et d'optimiser leurs résultats. En conséquence, la création d'aucune autre structure ne sera envisagée pendant toute la durée du plan.

B. Mise à niveau des structures sanitaires

Il concernera les infrastructures des CSCOM, leur équipement, leur dépôt pharmaceutique, leurs ressources humaines et leur trésorerie.

- Le renforcement des infrastructures :

Chaque CSCOM sera l'objet d'une évaluation des bâtiments qui conduira à la détermination des besoins de travaux à réaliser.

Tableau XXVI : Identification des travaux à réaliser.

	Etat des infrastructures	Travaux à réaliser
CSCOM de Kourouma		
Dispensaire	Passable	X
Maternité	Bon	
Unité CPN	Passable	X
Mise en observation	Passable	X
Pharmacie	Bon	
Clôture	Bon	
Approvisionnement en eau	Bon	
Approvisionnement en électricité	Passable	X
Total Kourouma		
CSCOM de Foh		
Dispensaire	Bon	
Maternité	Bon	
Mise en observation	Bon	
Pharmacie	Bon	
Clôture	Bon	
Hangar de vaccination	Absent	X

	Logement médecin directeur	Absent	X
	Approvisionnement en eau	Passable	X
	Approvisionnement en électricité	Bon	
	Total Foh		
	Total Commune de Kourouma		

- Les équipements :

Une analyse systématique des équipements devra permettre d'identifier les nouveaux équipements à acquérir.

Tableau XXVII : Identification des besoins en équipements.

		Nécessaire	Existant	Etat
	CSCOM de Kourouma			
	Dispensaire			
	Salle consultation 1	Pèse-personne	Armoire	Bon
		Toise	Table	Bon
			Chaises(3)	Bon
			Ordinateur	Bon
			Tensiomètre	Bon
			Stéthoscope	Bon
			Thermomètre	Bon
			Otoscope	Bon
			Toise	Bon
			Lit d'examen	Bon
	Salle consultation 2		Armoires(2)	Bon
			Table	Bon
			Chaises(4)	Bon
			Tensiomètre	Bon
			Stéthoscope	Bon
	Salle d'examen		Lit d'examen	Bon
			Armoire	Bon
			Stérilisateur	Bon
	Salle blanche		Table de pansement	Bon
			Boîte de pansement	Bon
			Tabouret(2)	Bon
	Salle de petite chirurgie		Lit d'opération	Bon
			Petite table	Bon

			Urinoir	Bon	
		Hall d'attente	Bancs(4)	Bon	
		Maternité			
		Salle d'accouchement	Table d'accouchement(2)	Bon	
			Vacuum extractor	Boite d'accouchement(2)	Bon
			Boite d'accouchement	Pèse bébé	Bon
		Bureau matrone	Table	Bon	
			Armoire	Bon	
			Chaises(2)	Bon	
			Tensiomètre	Bon	
			Stéthoscope	Bon	
			Potence	Bon	
		Suite des couches	Lits(6)	Bon	
			Matelas(4)	Bon	
		Salle de garde	Table	Bon	
			Chaise	Bon	
			Lit	Bon	
			Matelas	Bon	
		Hall d'attente	Banc métallique	Bon	
		Unité CPN			
		Bureau matrone	Armoire	Table	Bon
			Chaises(2)	Chaises(2)	Bon
				Pèse personne	Bon
				Toise	Bon
		Salle d'examen	Table gyneco(2)	Bon	
				Mètre ruban	Bon
				Pinar	Bon
		Salle chaine de froid		Armoires(2)	Bon
			Microscope	Réfrigérateur à pétrole	Bon
			Réfrigérateur	Microscope	Bon
			Matériel labo tuberculose	Matériel labo tuberculose	Bon
		Hall d'attente		Bancs(2)	Bon
		Mise en observation			
		Salle 1		Lits(4)	Bon
				Matelas(4)	Bon
				Potences(3)	Bon
				Convertisseur courant	Bon
				Batterie	Bon
		Salle 2		Lits(4)	Bon

			Matelas(4)	Bon	
			Potences(4)	Bon	
			Chariot	Bon	
		Pharmacie	Armoire	Bon	
			Armoire	Bureau	Bon
			Calculette	Chaise	Bon
				Calculette	Bon
				Comptoir	Bon
				Petite boite isotherme(33)	Bon
				Grande boite isotherme(9)	Bon
		Autres	Motocyclette		
		Coût total Kourouma			
CSCOM de Foh					
		Dispensaire			
		Salle de consultation	Armoire	Bon	
			Table	Bon	
			Chaises(3)	Bon	
			Tensiomètre	Bon	
			Stéthoscopes(2)	Bon	
			Thermomètre	Bon	
			Pèse-personne	Bon	
			Pèse bébé	Bon	
			Toise enfant	Bon	
			Lit d'examen	Bon	
			Convertisseur courant	Bon	
			Batterie	Bon	
		Mise en observation	Lits(4)	Bon	
			Matelas(4)	Bon	
			Potences(2)	Bon	
			Chariot	Bon	
		Salle de réception	Réfrigérateur à pétrole	Bon	
			Matériel de vaccination	Bon	
			Petite boite isotherme(15)	Bon	
			Grande boite isotherme(4)	Bon	
			Banc	Bon	
		Salle blanche	Armoire	Bon	
			Table de pansement	Bon	
			Boite de pansement	Bon	
			Chaise	Bon	

			Tabourets(2)	Bon
	Pharmacie		Armoire	Bon
			Calculette	Bon
			Chaise	Bon
	Maternité			
	Bureau matrone		Armoire	Bon
			Table	Bon
			Chaises(2)	Bon
			Tensiomètre	Bon
			Stéthoscope	Bon
			Calculette	Bon
	Salle d'accouchement		Armoire	Bon
			Table d'accouchement	Bon
			Boîte d'accouchement	Bon
			Pèse bébé	Bon
			Potence	Bon
			Petite table	Bon
	Suite des couches		Lits(4)	Bon
			Matelas(4)	Bon
			Berceaux(3)	Bon
	Salle de garde		Lit	Bon
			Matelas	Bon
	Autres			
		Motocyclette		
	Coût total Foh			
	Total des 2 CSCOM			

- Le dépôt pharmaceutique :

Pour mener à bien ses missions, les dépôts pharmaceutiques des 2 CSCOM devront être réajustés afin de respecter la liste des médicaments essentiels des CSCOM avec médecin.

Compte tenu de la disponibilité de tous les produits au dépôt régional de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) à Sikasso, le niveau maximum des stocks sera de 2 mois : réapprovisionnement tous les mois (avec dépôt de la prochaine commande lors de la réception de la dernière), niveau minimum de 30 jours (y compris un stock de sécurité de 15 jours).

Une mise à niveau des stocks sera faite au cours de la première année (2014) sur la base des activités au cours de l'avant dernière année (2012). Elle sera l'objet de réajustements en

fonction de l'évolution des activités pour atteindre l'objectif « pas de rupture ; pas de surstock ».

Tableau XXVIII : Situation du dépôt pharmaceutique de Kourouma.

CSCOM de Kourouma			
Noms en DCI des produits	Présentation	Dosages unitaires	Prix unitaires de revient
Amoxicilline	Injectable	1 g	700 F
Argirol	Collyre	1%	900 F
Amoxicilline	Sirop	125 mg	700 F
Alcool	Solution	90°	800 F
Acide benzoïque	Pommade	3%	800 F
Acide benzoïque	Pommade	6%	800 F
Argirol	Collyre	2%	1000 F
Amoxicilline	Sirop	250 mg	875 F
Argirol	Collyre	5%	1125 F
AAS	Comprimé	500 mg	10 F (1cp)
Ampicilline+ solvant	Injectable	1 g	300 F
Aminophylline	Injectable	250 mg	100 F
Aminophylline	Comprimé	100 mg	300 F (1pl)
Amoxicilline	Gélule	500 mg	37 F (1gel)
Bande (pF)	Rouleau	1	215 F
Bande (gF)	Rouleau	1	315 F
Butylhyoscine bromure	Comprimé	10 mg	25 F (1cp)
Butylhyoscine bromure	Injectable	20 mg	150 F
Ceftriaxone	Injectable	1 g	1200 F
Cotrimoxazole	Sirop	240 mg	500 F
Carbocystéine	Sirop	2%	700 F
Carbetux	Sirop	2%	700 F
Carbetux	Sirop	5%	700 F
Clotrimazole	Crème	15 g	500 F
Collutoire iodé	Solution		1000 F
Ciprofloxacine	Comprimé	500 mg	800 F (1pl)
Clorpheniramine	Comprimé	4 mg	300 F (1pl)
Compresse		40.40	800 F (1bt)
Cotrimoxazole	Comprimé	480 mg	10 F (1cp)
Compresse		30.30	400 F
Ciprofloxacine	Comprimé	250 mg	50 F (1cp)

Vitamine B complexe	Comprimé		300 F (1pl)
Vitamine B complexe	Injectable		300 F
Digoxine	Comprimé	0,25 mg	200 F (1pl)
Diazepan	Comprimé	5 mg	300 F (1pl)
Diazepan	Injectable	10 mg	150 F
Doxycycline	Comprimé	100 mg	10 F (1cp)
Diclofenac	Comprimé	50 mg	10 F (1cp)
Dexamethazone	Injectable	4 mg	175 F
Erythromycine	Comprimé	500 mg	60 F (1cp)
Ergometrine	Injectable	0,2 mg	450 F
Erythromycine	Sirop	250 mg	1100 F
Eau pour préparation	Solution		40 F
Fer+Acide folique	Comprimé		10 F
Furosémide	Comprimé	40 mg	300 F (1pl)
Furosémide	Injectable	10 mg	90 F
Fer+Acide folique	Sirop		1100 F
Gentamycine	Injectable	80 mg	150 F
Gant stérile		1 paire	550 F
Hydroxyde d'Aluminium	Comprimé	500mg	10 F (1cp)
Hydroxyde d'Aluminium	Sirop	500 mg	820 F
Ibuprofène	Comprimé	400 mg	10 F (1cp)
Lidocaïne	Injectable	20 ml	1000 F
Lysine+solvant	Injectable	1 g	700 F
Multivitamine	Sirop		1100 F
Métronidazole	Comprimé	250 mg	10 F (1cp)
Métoclopramide	Injectable	5 mg	150 F
Métronidazole	Ovule	500 mg	400 F (1pl)
Métronidazole	Sirop	200 mg	500 F
Microperfuseur			260 F
Multivitamine	Comprimé		10 F (1cp)
Mercurochrome	Solution		700 F
Methyldopa	Comprimé	250 mg	400 F (1pl)
Miconazole	Crème	2%	500 F
Mebendazole	Comprimé	100 mg	200 F (1pl)
Novalgin	Injectable	500 mg	450 F
Nystatine	Ovule	100000UI	400 F (1pl)
Nifédipine	Comprimé	20 mg	400 F (1pl)
Néomycine-Bacitracine	Pommade	20 g	800 F
Nystatine	Sirop	100000UI	875 F

Nystatine	Crème	100000UI	800 F
Oméprazole	Gélule	20 mg	70 F (1gel)
Perfuseur			300 F
Paracétamol	Sirop	250 mg	600 F
Prométhazine	Sirop	5 mg	700 F
Permanganate de K	Comprimé	500 mg	150 F (1cp)
Polyvidone iodée	Solution		1045 F
Paracétamol	Comprimé	500 mg	10 F (1cp)
Quinine	Comprimé	300 mg	50 F (1cp)
Quinine	Injectable	200 mg	150 F
Quinine	Injectable	400 mg	150 F
Ringer lactate	Perfusion	500ml	800 F
SP	Comprimé	500 mg	200 F (1pl)
Sérum glucosé	Perfusion	10%	800 F
Sérum glucosé	Perfusion	5%	800 F
Sérum salé	Perfusion	0,9%	800 F
SRO	Sachet		90 F
Seringue		10 ml	70 F
Seringue		5 ml	55 F
Sparadrap		1 m	800 F
Sonde de Foley			1000 F
Tétracycline	Pommade	3%	400 F
Tétracycline	Pommade	1%	170 F

Tableau XXIX : Situation du dépôt pharmaceutique de Foh.

CSCOM de Foh			
Noms en DCI des produits	Présentation	Dosages unitaires	Prix unitaires de revient
Amoxicilline	Injectable	1 g	700 F
Artemether	Injectable	40 mg	650 F (1amp)
Amoxicilline	Gélule	500 mg	450 F (1pl)
Ampicilline+ solvant	Injectable	1 g	250 F
Aminophylline	Comprimé	100 mg	15 F
Aminophylline	Injectable	250 mg	300 F
Aspégic+ solvant	Injectable	1 g	250 F
Aspégic+ solvant	Injectable	500 mg	250 F
Atropine	Injectable	0,5 mg	100 F
Amoxicilline	Sirop	250 mg	800 F
Amoxicilline	Sirop	125 mg	700 F
Vitamine B complexe	Comprimé		15 F
Butylhyoscine bromure	Injectable	20 mg	200 F
Bande	Rouleau	1	250 F
Vitamine B complexe	Injectable		350 F
Diclofenac	Injectable	75 mg	250 F
Dexamethazone	Injectable	4 mg	200 F
Cotrimoxazole	Sirop	240 mg	800 F
Calcium	Comprimé		1500 F (1pl)
Compresse		40.40	1000 F
Captopril	Comprimé	25 mg	150 F (1pl)
Catheter			500 F
Ceftriaxone	Injectable	500 mg	850 F
Ceftriaxone	Injectable	1 g	1000 F
Ciprofloxacine	Comprimé	500 mg	850 F
Céfixime	Comprimé	400 mg	1750 F (1cp)
Carbocystéine	Sirop	5%	850 F
Carbocystéine	Sirop	2%	700 F
Gentamycine	Collyre	O, 3%	500 F
Gentamycine	Injectable	80 mg	200 F
Eau distillée			50 F
Erythromycine	Sirop	250 mg	1200 F
Erythromycine	Sirop	125 mg	1000 F
Epicranienne			150 F
Fer+Acide folique	Comprimé		10 F (1cp)

Fer	Sirop		1000 F
Gant stérile			1000 F
Gant vrac			50 F
Hydroxyde d'Aluminium			1000 F
Hydroxyde d'Aluminium	Sirop		10 F (1cp)
Ibuprofène	Comprimé	400 mg	250 F (1pl)
Ibuprofène	Comprimé	100 mg	1000 F
Lame de bistouri	Sirop		100 F
Mebendazole	Comprimé		200 F (1pl)
Mebendazole	Sirop		300 F
Métronidazole	Comprimé	250 mg	100 F (1pl)
Métronidazole	Sirop	200 mg	700 F
Métronidazole	Perfusion	100 ml	1000 F
Métoclopramide	Injectable	10 mg	200 F
Multivitamine	Sirop		1000 F
Nystatine	Sirop	100000 UI	1000 F
Nystatine	Ovule	100000 UI	500 F (1pl)
Novalgine	Injectable	1g	350 F
Oxyde de Zinc	Pommade	100 g	3000 F
Oméprazole	Gélule	20 mg	500 F
Oxytocine	Injectable	5 UI	200 F
Paracétamol	Comprimé	500 mg	100 F
Paracétamol	Sirop	120 mg	650 F
Perfuseur			300 F
Prométhazine	Sirop	5 mg	1000 F
Pénicilline G	Injectable	1000000 UI	250 F
Permanganate de K	Comprimé	50 mg	50 F
Quinine	Injectable	400 mg	200 F
Quinine	Injectable	200 mg	150 F
Quinine	Comprimé	300 mg	500 F
Ringer lactate	Perfusion		850 F
Sérum glucosé	Perfusion	5%	600 F
Sérum salé	Perfusion	0, 9%	600 F
SRO	Sachet		250 F
Sparadrap	Rouleau	1/2	500 F
Seringue		10 CC	100 F
Seringue		5 CC	100 F
Terpine	Comprimé	100 mg	300 F
Tétracycline	Pommade	3%	400 F

Tétracycline	Pommade	1%	300 F
Test de grossesse			1000 F
Vitamine K1	Injectable	10 mg	300 F
Xylocaïne	Injectable		1000 F

- Les ressources humaines :

Chaque centre devra voir ses effectifs évoluer pour disposer de l'ensemble des ressources humaines nécessaires au succès de ses activités.

Tableau XXX : Evolution des besoins en ressources humaines du CSCOM de Kourouma.

	Existant	Besoins du CSCOM de Kourouma				
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecin	1	1	1	1	1	1
Sage femme				1	1	1
Infirmier DE (IDE)	1	1	1	1	1	1
Infirmiers de santé						
Matrones	2	2	2	2	2	2
Aide soignants (PEV)	1	1	1	1	1	1
Gérant	1	1	1	1	1	1
Gardien	1	1	1	1	1	1
Total	7	7	7	8	8	8

Tableau XXXI : Evolution des besoins en ressources humaines du CSCOM de Foh.

	Existant	Besoins du CSCOM de Foh				
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecin	1	1	1	1	1	1
Sage femme					1	1
Infirmier DE (IDE)	1	1	1	1	1	1
Infirmiers de santé						
Matrones	2	2	2	2	2	2
Aide soignant (PEV)	1	1	1	1	1	1
Gérant	1	1	1	1	1	1
Gardien	1	1	1	1	1	1
Total	7	7	7	7	8	8

- La trésorerie :

Chaque CSCOM devra disposer de son propre compte sur livret dans une banque commerciale de Sikasso.

Ce compte devra disposer d'un minimum de trésorerie pour pouvoir immédiatement faire face aux dépenses dès le 1^{er} janvier de chaque année.

C. Amélioration de la gestion des CSCOM

Elle permettra d'assurer aux meilleurs coûts la disponibilité des ressources nécessaires aux activités de santé.

- Gestion des activités :
 - o Elaboration d'un Plan d'opération (PO) annuel et de programmes mensuels à l'issue d'une réunion de l'Equipe de santé avec le bureau des ASACO,
 - o Adoption des procédures garantissant la qualité des soins et mise en application,
 - o Renforcement des activités liées à la stratégie avancée, afin de :
 - rapprocher au maximum les soins curatifs, préventifs et promotionnels des personnes vivant dans les villages ayant des difficultés d'accès au centre,
 - permettre une meilleure connaissance mutuelle entre les villageois et l'équipe du CSCOM.
 - o Information des populations sur la conduite à tenir pour améliorer leur état de santé et susciter leur engagement en vue de cette amélioration.
- Gestion des infrastructures :
 - o Mise à niveau des bâtiments (construction, rénovation,...)
 - o Entretien périodique des bâtiments.
- Gestion des équipements
 - o Acquisition et renouvellement d'équipements en fonction des besoins
 - o Maintenance des équipements
 - o Amortissement des équipements.
- Gestion des produits pharmaceutiques :
 - o Simulation des besoins en produits pharmaceutiques et détermination du niveau maximum de stocks constitués par produit,
 - o Mise à niveau des stocks,
 - o Utilisation des principes de la gestion des stocks (stock maximum, minimum, de commande, de sécurité,...).
 - o Informatisation de la gestion des produits pharmaceutiques.
- Gestion des ressources humaines :
 - o Elaboration des fiches de poste pour chacun des agents,
 - o Mise en place d'un système d'intéressement aux résultats,
 - o Evaluation périodique de chaque agent

- Recrutement de nouveaux agents pour répondre aux besoins.
- Mise en place d'un système de formation continue des agents.
- Gestion des ressources financières :
 - Informatisation de la gestion financière,
 - Mise en place et gestion de 2 comptes bancaires : un destiné aux activités courantes et un destiné exclusivement aux produits pharmaceutiques.
 - Adoption d'une nouvelle comptabilité, intégrant notamment une comptabilité en partie double, l'amortissement de biens durables, une ligne pour la maintenance et une comptabilité analytique.
- Gestion des informations sanitaires :
 - Informatisation des données
 - Utilisation d'internet.

D. L'amélioration de la qualité des soins

Elle sera liée à 4 démarches additionnelles :

- L'application des normes :

Les CSCOM seront mis en conformité avec les normes fixées par le Ministère de la Santé en matière de structures (bâtiments, équipements, produits pharmaceutiques et ressources humaines) et de procédures. Cependant, toute initiative pouvant aller au-delà de ces normes pourra être prise.

- L'utilisation de référentiels :

L'ensemble des activités conduites par les CSCOM de la Commune seront réalisées dans le respect des protocoles établis par le Ministère de la Santé.

Ces protocoles concerneront d'une part les soins dispensés par le personnel soignant, d'autre part la mise en œuvre des programmes de santé publique.

Ils seront consignés dans un document au contenu duquel seront formées toutes les personnes concernées. Un exemplaire devra être présent dans chaque centre.

- La réalisation d'évaluations internes :

Chaque médecin directeur sera chargé, dans le cadre d'autoévaluations, d'identifier les éventuelles insuffisances dans la dispensation des soins dans son CSCOM et de prendre des initiatives pour leur amélioration, en accord avec le médecin chef de district de Kignan.

De plus, chaque ASACO devra présenter périodiquement (tous les deux ans) devant son assemblée générale statutaire les résultats d'une enquête qu'elle aura réalisée auprès des populations des différents villages de son aire. Un accent particulier sera mis sur l'accueil et le respect de la personne, la tarification, les conditions de traitement d'hébergement et de transport des malades.

- La réalisation d'évaluations externes :

Le médecin chef du district de Kignan pourra organiser des évaluations de la qualité de soins délivrés dans les CSCOM de la Commune, afin d'étudier avec leur médecin et le président de leur ASACO les mesures à prendre pour l'améliorer.

Par ailleurs, des évaluations de la qualité des soins délivrés par les 2 CSCOM seront réalisées tous les 5 ans par les instances spécialisées du Ministère de la Santé en vue de leur accréditation. Leur rapport sera remis au médecin directeur du Centre, au Maire, au Président de l'ASACO et au Médecin chef de district.

E. La coopération avec la médecine traditionnelle

Tous les thérapeutes traditionnels assurant leurs activités dans la commune seront invités à se regrouper au sein de l'association des thérapeutes traditionnels de la Commune et à participer aux actions de santé conduites dans la commune.

L'association élaborera un programme, dont les principales lignes devraient porter sur :

- des échanges entre les professionnels de la médecine formelle (médecins directeurs, infirmiers,...) et ceux de la médecine traditionnelle,
- des échanges de malades, en tenant compte des compétences respectives de chacun,
- la participation des représentants des thérapeutes aux ASACO et à leurs activités.

5. LES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE :

Les CSCOM de la Commune assureront, sous la supervision et avec l'appui de l'équipe de santé du district de Sikasso, la mise en œuvre des grands programmes nationaux, en accordant leur priorité à ceux qui contribuent aux OMD :

- OMD 4 :
 - o Le PEV,
 - o La lutte contre la mortalité infanto-juvénile
 - o La lutte contre la malnutrition
- OMD 5 :

- La lutte contre la mortalité maternelle
- La lutte contre les fistules obstétricales
- La planification familiale
- OMD 6:
 - La lutte contre le sida
 - La lutte contre la tuberculose
 - La lutte contre le paludisme

La mise en œuvre de ces programmes devra se faire dans le cadre de la gestion axée sur les résultats (GAR) et de la contractualisation, qui permettra :

- d'assurer leur intégration effective, en fondant les activités dans un programme unique,
- d'apporter aux CSCOM la totalité des ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs, en prenant en compte l'ensemble des charges qu'impose la recherche de la performance et de la pérennité des centres. Seront ainsi pris en compte :
 - l'amortissement des équipements
 - l'intéressement aux résultats des équipes.
- de faciliter le pilotage du système communal de santé.

5.1. LA MEDECINE CURATIVE

Les diagnostics et traitements reviendront au médecin de chaque CSCOM.

Les soins infirmiers seront assurés par les infirmiers et les ordonnances délivrées par le gestionnaire de la pharmacie.

Lors des activités avancées, les infirmiers pourront réaliser des consultations et faire des prescriptions en se conformant au référentiel auquel ils auront été formés par leur médecin directeur. Les cas qui le nécessitent seront référés sur la consultation médicale.

5.2. LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE

La réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans résultera essentiellement :

- de la réduction de la mortalité néonatale (62/1000 en zone rurale), soit la moitié des décès de moins de 1 an (122/1000), qui dépendra notamment des mesures liées à la réduction de la mortalité maternelle (SONU).
- de la lutte contre le paludisme par la distribution de moustiquaires imprégnées, l'IEC, le dépistage par les tests rapides, le traitement standardisé par les antipaludéens.
- de la réduction de la mortalité par les infections respiratoires aiguës (IRA) grâce à une utilisation adéquate des antibiotiques,

- de la réduction de la morbidité et de la mortalité par diarrhée, par l'utilisation des sachets à réhydratation par voie orale et par la poursuite d'un programme communal d'accès à l'eau potable.
- de l'élévation du taux de couverture vaccinale par les antigènes du PEV,
- de la réduction du taux de malnutrition protéino-calorique, par l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, la promotion de compléments nutritionnels à partir du 6^{ème} mois, le dépistage de la malnutrition lors de tous les contacts avec les enfants (CN, consultations de médecine générale, etc...) et la récupération nutritionnelle des enfants malnutris,
- de la prise en charge et du suivi des enfants homozygotes SS, par la prévention et le traitement des crises,
- de la PTME, par la prescription d'ARV à la femme enceinte séropositive et sa poursuite pendant qu'elle allaite jusqu'au sevrage du nourrisson.

5.3. LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE

Elle reposera sur :

- le renforcement de l'espace des naissances, dans le cadre du programme national de planification familiale,
- le renforcement des CPN,
- la sécurisation des accouchements,
- le renforcement des CPON,
- un grand programme d'IEC.

A. Le renforcement des CPN

Il concernera d'une part leur conformité au référentiel national, d'autre part leurs taux de couverture et leur efficacité.

Les CPN seront recentrées sur leurs objectifs, qui sont essentiellement :

- d'identifier les grossesses à risque, dont l'accouchement doit avoir lieu auprès d'un médecin ou d'une sage femme et si nécessaire directement au centre de santé de référence de Kignan,
- d'assurer la prévention de certaines affections : vaccination antitétanique des femmes enceintes, prise de 3 doses d'un antipaludéen approprié (sulfadoxinepyriméthamine), de fer, d'acide folique et d'autres oligoéléments,
- de diagnostiquer les pathologies de la grossesse, qui doivent être traitées sur place par le médecin du CSCOM ou référées. Parmi celles-ci, figurent l'infection par le VIH, les

MST, le diabète, l'hypertension artérielle, les néphropathies, les infections urinaires, etc...

- d'apporter aux femmes les informations nécessaires à la bonne évolution de leur grossesse (alimentation, repos,...) et sur la conduite à tenir en cas de problème,
- d'inciter les femmes à accoucher à la maternité de leur CSCOM et leurs maris à les aider à s'y rendre en temps opportun.

Pour obtenir des CPN ayant les qualités requises, il faut :

- qu'elles soient au moins de 4, dont la dernière au 9^{ème} mois
- qu'elles soient effectuées par un personnel qualifié (au moins une infirmière obstétricienne, à défaut de sage-femme),
- qu'elles soient conformes au référentiel établi par le Ministère de la Santé.
- que les grossesses à risque qui le nécessitent soient suivies au CSCOM par le médecin ou orientées au CSREF de Kignan ou à l'hôpital de Sikasso.

B. La sécurisation des accouchements

Elle reposera sur :

- la réalisation de soins pertinents, complets et de qualité dans les deux maternités,
- la promotion de l'accouchement en maternité,
- la consolidation du système de référence vers le CSREF de Kignan ou l'hôpital de Sikasso.
 - La réalisation de soins de qualité dans les deux maternités:

Ils concerneront :

- la qualité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes dans les maternités,
- la réalisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), ayant le contenu et les qualités définies par le référentiel national,

Cette qualité des soins sera le préalable à tout ce qui sera entrepris.

Pour cela, sera procédé à une évaluation de la qualité des soins en général et des soins obstétricaux en particuliers dans chacun des 2 CSCOM, afin d'identifier les éventuelles faiblesses à corriger pour répondre aux normes d'accréditation du Ministère de la Santé.

Les critères qui seront pris en compte par l'équipe d'évaluation seront notamment :

- la présence d'une maternité comprenant les locaux et les équipements appropriés (conformément à la liste nationale),

- une équipe soignante constituée au moins d'une infirmière obstétricienne (à défaut d'une sage-femme) et au moins d'une matrone rurale pour la seconder.
- la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques et consommables médicaux requis (conformes à la liste nationale).

Cette évaluation conduira à la formulation des mesures à prendre, à leur estimation financière et à leur programmation.

- La promotion de l'accouchement en maternité :

La maîtrise des règles d'asepsie et la rapidité d'intervention en cas de difficulté constitue les principaux leviers sur lesquels agir pour réduire de façon très significative les décès maternels.

C'est pourquoi, la Commune fera de l'accouchement en maternité le fondement de sa stratégie pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle. Cette option consistera à inviter toutes les femmes en fin de grossesse à se rendre dans le village d'implantation de la maternité, avant le début du travail pour y attendre le déclenchement de leur accouchement. Elles pourront ainsi se rendre en quelques minutes à la maternité dès les premières contractions ou devant tout incident (mal de tête, trouble visuel, saignement, rupture de la poche des eaux,...).

Les accoucheuses traditionnelles seront en conséquence invitées à ne plus faire d'accouchement au village (sauf en cas de nécessité), à inviter les femmes à se rendre à la maternité avant le début du travail et si elles l'acceptent à les y accompagner (elles devront alors être prises en charge et dédommées).

Leur présence à proximité de la maternité permettra principalement :

- de dépister et traiter les affections qui surviennent en fin de grossesse (anémie, hypertension,...)
- d'enrichir l'alimentation et d'apporter des compléments en vitamines et oligoéléments,
- de répondre aux exigences d'un accouchement sécurisé en garantissant le dépistage précoce des problèmes liés à l'accouchement (hémorragie, éclampsie, dystocie,..) et l'intervention rapide (traitement ou référence),
- de garantir aux femmes en fin de grossesse de bénéficier du repos qui s'impose à elles et à l'enfant qu'elles portent pour protéger leur santé (en particulier pour lutter contre les petits poids de naissance et les accouchements prématurés),
- de dépister les femmes séropositives qui ne l'ont pas encore été et de faciliter la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME),

- d'assurer la prévention d'affections comme le cancer primitif du foie par une première injection de vaccin contre l'hépatite B moins de 24 heures après la naissance chez tous les nouveaux nés,
- de débiter une véritable prise en charge du nouveau né.

Pour permettre la venue des femmes en fin de grossesse avant le début du travail, un accueil sera organisé pour celles qui vivent loin du CSCOM (par exemple au-delà de 5 km). Les mesures appropriées seront prises par l'association des femmes de la commune, qui pourra envisager 3 propositions :

- attendre chez un parent ou un ami, comme cela se fait déjà dans la tradition,
- organiser des cases d'accueil dans certaines familles, qui seront rémunérées en conséquence,
- créer une « maison des mamans » où les femmes seront hébergées. Cette initiative rejoindra celle des « MaternityWaiting Home » prises par au moins 18 pays, tels que Cuba, le Cambodge, la Sierra Léone¹².

Mises à la disposition de l'Association des Femmes de la Commune par le chef de village, ces concessions seront aménagées pour accueillir dans des conditions optimales les femmes en fin de grossesse qui viendront attendre le début de leur travail. Les femmes y arriveront dans les jours, voire semaines, qui précèdent l'accouchement. Elles devront être accompagnées par un membre de leur famille pour s'occuper d'elles. Il est souhaitable que les accoucheuses traditionnelles ou autres personnes-relai qui auraient du s'occuper d'elles si elles étaient restées au village pour y accoucher les accompagnent. Elles seront invitées à suivre le déroulement de l'accouchement, pour qu'elles puissent jouer leur rôle lors de cet évènement (bénédictions, enterrement du placenta,..).

- La consolidation du système de référence vers Sikasso.

La pleine fonctionnalité du système de référence vers l'Hôpital de Sikasso ou le CSREF de Kignan permettra aux parturientes en difficulté d'être transférées dans les meilleurs délais pour bénéficier des soins requis (césarienne, transfusion,...). Il reposera sur la permanence des liaisons téléphoniques et sur la venue immédiate d'une ambulance en cas de nécessité.

¹²OMS: « maternity waiting homes : a review of experiences », Publication WHO/RHT/MSM/96-21, Genève, 1996, 44 p

La suppression de l'obstacle financier sera consolidée afin de permettre la réalisation sans délai des références.

5.4. LES PROGRAMMES D'ACTION SANITAIRE CONTRACTUALISES

Plusieurs programmes seront conduits dans le cadre de la contractualisation.

- Le programme Elargi de Vaccination
- Le programme de planification familiale
- Le programme de lutte contre le sida
- Le programme de lutte contre la tuberculose
- Le programme de lutte contre la malnutrition
- Le programme de lutte contre le diabète
- Le programme de lutte contre la drépanocytose
- Le programme de lutte contre l'épilepsie.

Un contrat unique présidera à la mise en œuvre de ces différents programmes. Pour chacun d'eux seront fixés les résultats à atteindre et le montant qui sera versé en fonction du niveau des résultats effectivement atteints.

A. Le Programme Elargi de Vaccination

Les vaccinations seront réalisées sur la base des fiches familiales tenues à jour. Les enfants seront vaccinés à la naissance (BCG, hépatite B 1, polio 1), lors des CPON (hépatite B 2, polio 2), puis lors des CPN. Les femmes enceintes seront vaccinées lors des CPN (VAT 1 et 2).

Les personnes cibles non vaccinées seront recherchées de façon active dans leur village de résidence lors des stratégies avancées. Des visites complémentaires pourront être faites si nécessaire pour atteindre les taux de couverture les plus élevés.

Les vaccinations effectuées seront portées :

- d'une part sur le carnet de santé de l'enfant ou sur le carnet de grossesse de la mère,
- d'autre part sur la fiche de santé de la famille.

Ne disposant pas de résultats d'évaluation des taux de couverture vaccinale fiable, la simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

		Situation		Objectifs				
		2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018
CSCOM KOUROUMA								
	Enfants complètement vaccinés/PEV	40%	40%	45%	50%	55%	60%	70%
	Femmes VAT/PEV	50%	50%	55%	60%	65%	70%	75%
CSCOM FOH								
	Enfants complètement vaccinés/PEV	40%	40%	45%	50%	55%	60%	70%
	Femmes VAT/PEV	50%	50%	55%	60%	65%	70%	75%

Cette simulation réalisée sur la base des prévisions pour 2014 permet de déterminer les coûts par personne (enfant et femme) complètement vacciné et les montants pouvant être proposés dans le cadre de la contractualisation.

		Kourouma		Foh		Ensemble commune	
		Enfants	Femmes	Enfants	Femmes	Enfants	Femmes
	Taux de couverture vaccinale	45%	55%	45%	55%		
	Nombre de personnes vaccinées	188	280	68	101	256	381
	Coût total par personne complètement vaccinée						
	Avec vaccins	2 730	1 472	4 639	3 381	3 235	1 977
	Sans vaccins	1 420	1 310	3 329	3 219	1 924	1 815
	Montant contrat						
	Paramètre de contractualisation	1,2					
	Avec vaccins	3 276	1 766	5 567	4 057	3 882	2 372
	Sans vaccins	1 704	1 572	3 994	3 863	2 309	2 178

C'est la mise en place des fiches familiales qui permettra de disposer d'une mesure exacte des taux de couverture vaccinale. En effet, la connaissance des âges et du nombre précis de personnes à vacciner permettra de disposer de données fiables. La tenue à jour mensuelle de ces fiches et les possibilités d'intéressement aux résultats permises par le mécanisme de contractualisation permettront de se rapprocher au maximum du taux plafond de 100%.

Le paramètre de 1,2 qui a été introduit dans la simulation permettra de dégager les marges excédentaires que nécessite cette contractualisation.

B. Le programme de planification familiale

Il aura pour message l'espacement des naissances en faisant de la prévention des grossesses rapprochées (connues sous le terme péjoratif de « séré » en langue bamanan¹³) son objectif majeur.

Un minimum de 2 ans entre le dernier accouchement et la survenue d'une nouvelle grossesse doit être présenté comme impératif.

¹³ Le mot « séré » en bambara signifie « femme ayant des grossesses trop rapprochées ».

L'accouchement en maternité constituera la principale porte d'entrée de la planification familiale. Lors de l'entretien de sortie de la maternité dont doivent bénéficier ensemble tous les pères et mères du nouveau-né, l'adoption d'une méthode contraceptive sera présentée comme une protection du nourrisson, afin d'éviter la survenue d'une nouvelle grossesse qui entrainera son sevrage immédiat et le précipitera dans la malnutrition.

Par ailleurs, cet espacement permettra aux femmes de se reposer entre deux grossesses.

Chaque femme planifiée sera suivie de façon parfaitement discrète à partir de la fiche spéciale qui aura été ouverte à son nom et qui sera tenue à jour à chaque consultation.

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs					
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018	
CSCOM KOUROUMA								
Taux de femmes planifiées	3%	3%	5%	7%	10%	15%	20%	
CSCOM FOH								
Taux de femmes planifiées	3%	3%	5%	7%	10%	15%	20%	

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

	Kourouma	Foh	Ensemble commune
Paramètre de contractualisation	1,2		
Taux de couverture vaccinale	5%	5%	
Nombre de femmes planifiées	149	48	197
Coût d'une femme planifiée	3 000	3 000	3 000
Montant des contrats par femme planifiée	3 600	3 600	3 600

C. La lutte contre le sida

Elle reposera sur 7 mesures essentielles :

- Le dépistage de tous les séropositifs :
 - o Lors des CPN,
 - o Chez les personnes présentant une infection sexuellement transmissible (IST),
 - o Chez les personnes demandant un dépistage volontaire,
 - o Chez les malades atteints de tuberculose,
- Un bilan clinique et para-clinique chez toutes les personnes séropositives, qui sera effectué à l'hôpital de Sikasso et sera renouvelé tous les 6 mois chez les personnes traitées par les ARV.
- La mise en traitement des malades du Sida par un médecin prescripteur à l'issue du bilan,

- La prise en charge des personnes séropositives par le médecin :
 - o Conseils sur la conduite à tenir,
 - o Traitement des malades,
 - o Suivi des personnes séropositives avec ou sans traitement.
- La PTME chez les femmes enceintes séropositives,
- La remise gratuite de préservatifs dans les CSCOM et la vente de préservatifs à prix subventionné (du type « condom protector » à 100 FCFA lez 4) chez tous les boutiquiers de la commune qui le souhaiteront.
- L'IEC pour un changement de comportement dans l'ensemble de la population et dans des groupes cibles :
 - o Affiches dans les CSCOM et les places des marchés.
 - o Education sexuelle dans les écoles en accord avec l'inspection de l'enseignement de Sikasso et l'Association des Parents d'Elève (APE) de la commune.
 - o Réunion dans les villages en tenant compte du genre et de l'âge des participants.

Le succès de la lutte dépendra :

- du respect du secret médical et donc de la confidentialité de tous les actes.
- de la prise en compte des exigences de l'éducation et de la communication en matière de sexualité dans le cercle de Sikasso,
- de la qualité des soins dispensés par les CSCOM,
- de l'organisation de la lutte dans la commune,
- des modalités de mise en traitement et de suivi des malades,

Ainsi, la lutte contre le sida dans la commune de Kourouma sera organisée de la façon suivante :

- le dépistage sera assuré par la mise en place des tests rapides dans les CSCOM, après la formation du personnel soignant,
- les personnes séropositives seront invitées à se rendre à une consultation ordinaire du médecin,
- le médecin réfèrera les personnes qui le nécessiteront sur la consultation d'un médecin prescripteur à Sikasso (venue mensuelle d'un médecin interniste).

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs					
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018	
CSCOM KOUROUMA								
Taux de dépistage sérologie HIV	5%	5%	7%	15%	25%	35%	50%	
Taux de dépistage PTME	5%	5%	7%	15%	25%	35%	50%	
Taux de traitement réalisés chez séropositifs à traiter	3%	3%	5%	15%	25%	35%	50%	
Taux de couverture PTME	3%	3%	5%	15%	25%	35%	50%	

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

		Kourouma
Paramètre de contractualisation		1,2
Dépistage personnes séropositives		
Taux de dépistage sérologie HIV		7%
Nombre de dépistages effectués		435
Coût d'un dépistage effectué		1 500
Montant des dépistages effectués		1 800
Traitement des malades du Sida		
Taux de traitement réalisés chez séropositifs à traiter		5%
Nombre de malades traités		1
Coût d'une personne traitée		384 370
Montant des contrats par malade traitée		461 245
PTME		
Taux de dépistage PTME		5%
Nombre de PTME réalisées		3
Coût d'une PTME réalisée		176 354
Montant d'un contrat		211 625

D. La lutte contre la tuberculose

Le taux d'incidence de la tuberculose annoncé au Mali est de 200/100 000. Appliqué à la commune de Kourouma, il permet de situer aux environs de 13 le nombre de nouveaux cas de tuberculose par an qui doivent être dépistés et traités.

Compte tenu de l'absence de vaccin efficace pour éviter la transmission de la tuberculose (le BCG ne protège en fait les enfants que des formes graves de méningite et miliaires

tuberculeuses...¹⁴), c'est en traitant chaque année avec succès tous les porteurs de BK qu'on parviendra à réduire de façon régulière et significative l'incidence de la maladie.

Les mesures à prendre seront les suivantes :

- Tous les nouveaux nés seront vaccinés par le BCG le plus rapidement possible après leur naissance. L'accouchement en maternité permettra ainsi de vacciner tous ces enfants dès leur premier jour de vie.
- Tous les sujets présentant une toux depuis plus de 15 jours seront soumis à un examen direct des crachats. Pour cela, les infirmiers des CSCOM seront formés au recueil et à la fixation des crachats. Les lames seront placées dans une boîte de transport et transmises au laboratoire de Kignan ou de Sikasso, en attendant que le CSCOM de Kourouma dispose d'un laboratoire capable d'effectuer une lecture fiable des lames.
- Les sujets dont les crachats se seront révélés positifs seront mis sous traitement :
 - o dans un premier temps par le CSREF de Kignan ou l'Hôpital de Sikasso, qui fera parvenir au médecin les produits nécessaires au traitement,
 - o ultérieurement par le médecin du CSCOM, qui enverra en conséquence une note technique périodique au médecin de Sikasso ou celui de Kignan, pour qu'il lui envoie les produits requis.
- Le suivi des traitements sera assuré par le médecin chef du CSCOM. Il sera placé à un premier niveau, auprès de l'Equipe de Santé de Kignan.
- Les malades traités qui présenteront des résistances seront référés sur le CSREF de Kignan ou sur l'Hôpital de Sikasso.

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs				
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018
CSCOM KOUROUMA							
Taux de dépistage nouveaux tuberculeux	30%	30%	35%	40%	45%	50%	60%
Taux de mise en traitement/malades dépistés	70%	70%	75%	80%	85%	85%	85%
Taux de guérison/malades mis en traitement	75%	75%	80%	85%	85%	85%	85%

¹⁴ www.sante.gouv.fr: "vaccination par le BCG" juillet 2009.

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

		Kourouma
	Paramètre de contractualisation	1,2
Dépistage tuberculeux		
	Taux de dépistage nouveaux tuberculeux	35%
	Nombre de dépistages effectués	12
	Coût d'un dépistage effectué	144 829
	Montant des dépistages effectués	173 795
Traitements tuberculeux		
	Taux de guérison/malades mis en traitement	80%
	Nombre de malades traités	7
	Coût d'un traitement effectué	386 651
	Montant d'un contrat	463 982

E. La lutte contre la malnutrition

Elle reposera sur :

- Le dépistage des cas de malnutrition :
 - o Lors des consultations de nourrissons,
 - o Lors des campagnes de masse organisées dans les villages,
 - o Par les relais qui auront identifié des enfants cliniquement malnutris.
- La récupération des enfants malnutris qui se fera :
 - o Par l'apport de compléments alimentaires (telles que les tablettes de Plumpy'Nut), en traitement ambulatoire aux enfants malnutris modérés,
 - o Par la création d'une Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive (URENI) au sein du CSCOM de Kourouma pour les enfants ayant une malnutrition sévère (la création des « maisons des mamans » permettra aux femmes de bénéficier de bonnes conditions de séjour pendant la durée de la récupération de leur enfant et d'effectuer leur séjour dans de bonnes conditions).
- La prévention de la malnutrition, qui se fera :
 - o Par l'éducation des femmes enceintes et de leur mari pour qu'elles enrichissent leur alimentation et réduisent d'autant plus leurs activités que leur grossesse avance,
 - o Par l'éducation nutritionnelle à l'école,

- Par des séances d'éducation nutritionnelle dans les CSCOM et dans les villages de chaque aire de santé,
 - Par une focalisation sur la consultation des enfants sains du 6^{ème} mois, date du passage de l'allaitement exclusif au sein à l'introduction de compléments alimentaires, afin d'expliquer à chaque maman l'importance de cette mesure et la conduite à tenir.
 - Par l'instauration avec l'association des femmes de la Commune d'un programme de prévention du « séré¹⁵ » par la planification familiale.
 - Par l'efficacité des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et les diarrhées.
- La réduction des prématurités et des petits poids de naissance :
- Par le repos des femmes enceintes au cours des dernières semaines de grossesse qui sera rendu possible par les « maisons des mamans ».

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs					
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018	
CSCOM KOUROUMA								
Taux de prise en charge des enfants malnutris	0%	0%	10%	25%	30%	40%	50%	

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

	Kourouma
Paramètre de contractualisation	1,2
Prise en charge enfants malnutris	
Taux de prise en charge des enfants malnutris	10%
Nombre d'enfants pris en charge	48
Coût d'une prise en charge effectuée	45 000
Montant du contrat par enfant récupéré	54 000

F. La lutte contre le diabète

Une recherche dans les urines sera effectuée chez toutes les femmes enceintes à l'occasion de leurs CPN.

Tous les patients présentant des signes de diabète seront l'objet d'une recherche de sucre dans les urines de 24 heures en utilisant des bandelettes.

¹⁵ «séré » : grossesses rapprochées. Terme bambara à connotation péjorative appliqué aux femmes qui tombent enceinte prématurément après leur dernier accouchement.

Les personnes ayant du sucre dans leurs urines seront référées sur un médecin qui procèdera à un bilan clinique et para-clinique, notamment grâce à un lecteur de glycémie dont sera doté son centre.

Ils pourront être mis en traitement en fonction du protocole fixé par le programme national de lutte contre le diabète.

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs				
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018
CSCOM KOUROUMA							
Taux de prise en charge thérapeutique du diabète de type 1	0%	0%	15%	20%	25%	30%	35%

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

	Kourouma
Paramètre de contractualisation	1,2
Nombre de diabétiques traités	5
Coût d'un diabétique traité	200 103
Montant du contrat par diabétique traité	240 124

G. La lutte contre la drépanocytose

La lutte contre la drépanocytose sera intégrée dans les activités de santé de la Commune, conformément au programme national de lutte contre cette affection.

Sa mise en œuvre reposera sur :

- Le dépistage systématique du portage de l'Hbs à la naissance ou lors de la première visite du nourrisson au centre de santé. Il sera réalisé par un prélèvement sur papier buvard, soit sur le sang du cordon ombilical, soit par effraction cutanée du talon avec un vaccinostyle. Il sera séché et envoyé au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD) de Bamako dans le respect des procédures.
- La rencontre systématique du médecin avec les parents des enfants SS pour les informer sur la maladie dont est porteur leur enfant. Il leur indiquera comment prévenir les crises et la conduite à tenir lors de la survenue d'une crise.
- La prise en charge des enfants en crise, qui seront reçus et traités par le médecin. Il devra pour cela disposer d'oxygène et référer les cas qui le nécessiteront sur le CRLD de Bamako.
- Un suivi systématique de tous les sujets porteurs de la maladie, qui sera effectué par les équipes des différents CSCOM sur la base d'une fiche technique spécifique. Un

document de suivi de leur état de santé sera adressé régulièrement au CRLD de Bamako.

- Le conseil génétique, qui fera partie des consultations prénuptiales auxquelles seront conviés les nouveaux couples dans le respect des directives fixées par le programme national de lutte contre la drépanocytose : le dépistage du trait drépanocytaire sera introduit dans le bilan prénuptial, pour permettre l'information des deux fiancés qui en sont porteurs des risques qu'encourent leurs futurs enfants.

La mise en œuvre de cette activité nécessitera :

- la formation du médecin, de la sage femme et des infirmiers par le CRLD,
- l'adaptation de la liste des produits pharmaceutiques aux besoins définis par les différents protocoles,
- l'équipement de chaque CSCOM avec une bouteille d'oxygène et des masques,
- la contractualisation du programme afin d'assurer son financement.

Le financement de la prise en charge sera assuré par l'Etat dans le cadre de la contractualisation du programme national de lutte contre la drépanocytose.

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs				
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018
CSCOM KOUROUMA							
Taux de prise en charge de la drépanocytose SS	0%	0%	15%	20%	25%	30%	35%

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

	Kourouma
Paramètre de contractualisation	1,2
Nombre de malades pris en charge	6
Coût d'une malade pris en charge	209 437
Montant du contrat par malade pris en charge	251 325

H. L'épilepsie

Non seulement, la lutte contre l'épilepsie a été introduite dans les activités du CSCOM de Kourouma depuis 2007, mais de plus, le médecin directeur de ce centre est maître de stage du programme national. Sa mise en œuvre reposera sur le dépistage et le traitement des personnes souffrant d'épilepsie. Elle comprendra les activités suivantes :

- Réunions systématiques d'information de tous les villages de la Commune par le médecin directeur du CSCOM de Kourouma sur les signes de l'épilepsie et la conduite à tenir en cas de suspicion d'épilepsie chez une personne du village.
- Interrogatoire et examen clinique des personnes suspectes, avec si nécessaire référence sur l'hôpital de Sikasso pour confirmation diagnostic par un EEG.
- Mise en traitement et suivi actif des malades.

La simulation a été faite sur la base des hypothèses suivantes.

	Situation		Objectifs				
	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018
CSCOM KOUROUMA							
Taux de prise en charge des malades souffrant d'épilepsie	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%

Cette simulation permet de procéder à l'estimation suivante :

	Kourouma
Paramètre de contractualisation	1,2
Nombre de malades pris en charge	25
Coût d'un malade pris en charge	38 477
Montant du contrat par malade pris en charge	46 173

5.5. L'ORGANISATION DES MESURES A PRENDRE EN CAS D'EPIDEMIE

Les maladies à potentiel épidémique seront l'objet d'une déclaration immédiate à l'équipe de santé du district de Kignan, dont un représentant viendra vérifier la réalité des premiers cas.

S'il est ou s'ils sont confirmés, le médecin chef de district en informera sans délai le Maire de la commune pour arrêter avec lui les mesures à prendre.

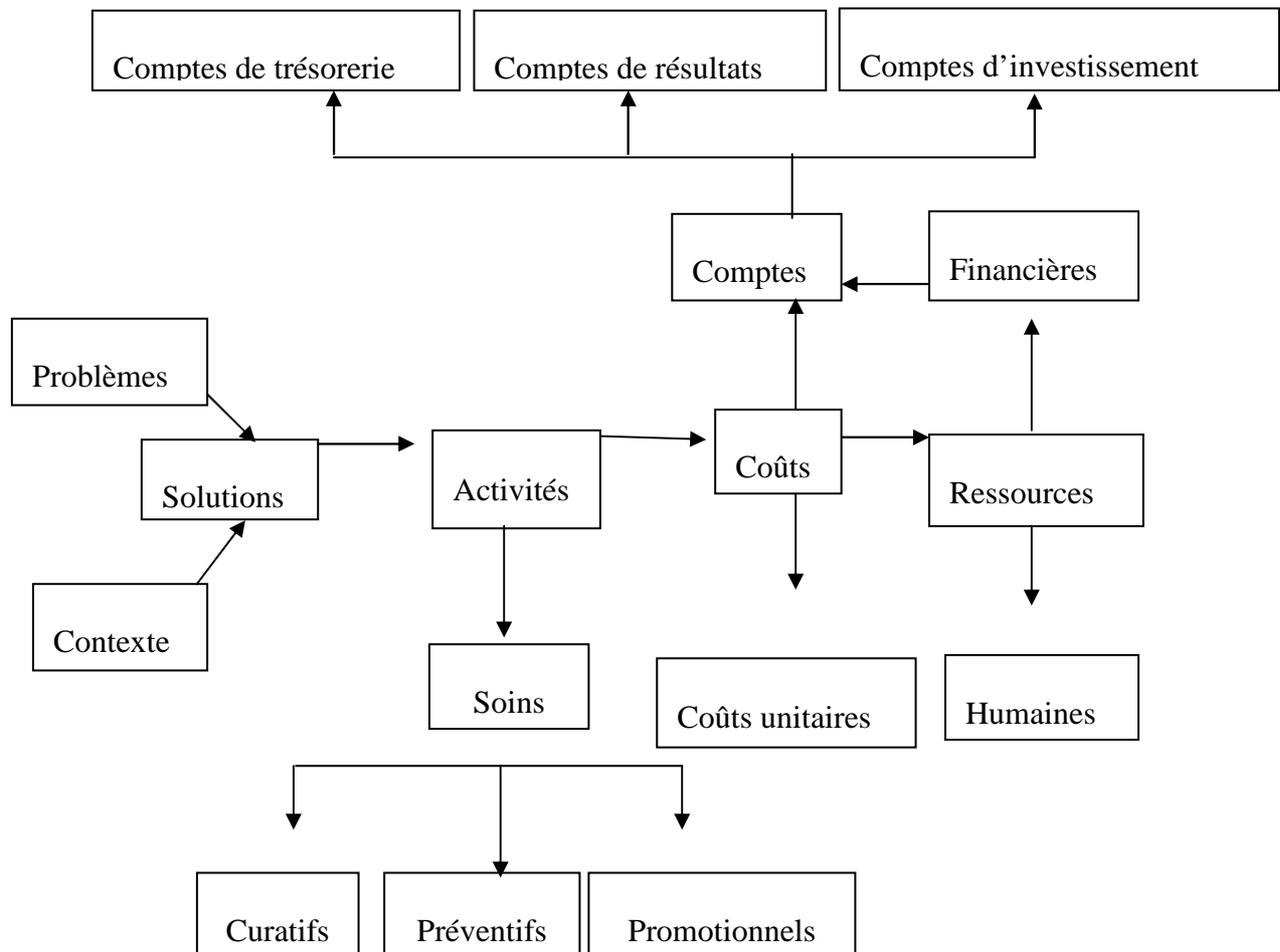
Pour cela, une information sera donnée de façon régulière à chaque village lors des réunions réalisées par les équipes en activités avancées. Seront indiquées les maladies à potentiel épidémique dont la survenue d'un cas devra être signalée sans délai au CSCOM le plus proche (dysenterie, méningite, ictère fébrile,...). Les équipes soignantes devront se rendre immédiatement dans les villages pour poser un diagnostic et en cas de confirmation en informer le médecin chef de Kignan, qui prendra les mesures appropriées.

Le financement de ces activités sera assuré par l'Etat à travers le budget du district sanitaire consacré à la surveillance épidémiologique et à la riposte aux épidémies.

6. L'ETUDE DE FAISABILITE :

Elle a été réalisée avec le logiciel de simulation « Afrisanté », qui utilise un tableur de type « Excel » et couvre la période 2014 à 2018.

Le schéma général de ce logiciel est le suivant :



6.1. DONNEES DE BASE

A. Données de base input

a) Population par village :

Désignations		Distances CSCOM								
	Village	Villages	Chef lieu	Csref	2 009	2014	2015	2016	2017	2018
KOUROUMA										
1	Kourouma	0	0	75	3 140	3 693	3 815	3 941	4 071	4 206
2	Dougoubala 1	5	5		1 177	1 384	1 430	1 477	1 526	1 576
3	Kougouala	5	5		1 034	1 216	1 256	1 298	1 341	1 385
4	Zaniéguébougou	5	5		716	842	870	899	928	959
5	Niangniéguéla	7	7		1 652	1 943	2 007	2 074	2 142	2 213
6	Diélé	9	9		1 226	1 442	1 490	1 539	1 590	1 642
7	Zaniéna	11	9		508	598	617	638	659	680
8	Nizérébougou	12	12		1 069	1 257	1 299	1 342	1 386	1 432
9	Tiogola	15	15		594	699	722	746	770	796
	Total Kourouma	69			11 116	13 075	13 507	13 952	14 413	14 889
FOH										
1	Foh	0	8	57	2 384	2 804	2 897	2 992	3 091	3 193
2	Dougoubala II	12	20		1 189	1 399	1 445	1 492	1 542	1 593
	Total Foh	12			3 573	4 203	4 341	4 485	4 633	4 786
Total Commune					14 689	17 278	17 848	18 437	19 046	19 674

b) Taux de croissance annuelle de la population

3,3%

c) Pyramide des âges :

Pyramide des âges	%
< 1 an	3,70%
1 an	3,50%
2 ans	4,10%
3 ans	4,00%
4 ans	3,90%
enfants < 3 ans	11,30%
enfants < 5 ans	19,20%
femmes enceintes	4,50%
femmes de 15-49 ans	23,50%
hommes 15-49 ans	24,00%
Adultes de 18 à 65 ans	40,00%

d) Données sanitaires :

Taux de natalité	0,045
Taux d'incidence de la tuberculose	0,002
Taux de séroprévalence HIV 15-49 ans	1,3 %
Proportion de mise en traitement HIV	20 %
Taux de la malnutrition < 5 ans	10 %
Proportion de diabétiques type 1	0,00007
% de drépanocytaires à la naissance	0,8 %

B. Hypothèses

a) Influence de la distance sur la fréquentation des CSCOM :

	Soins	SMI/PF
< 5 km	100%	100%
5-9 km	80%	40%
10-14 km	60%	20%
15-19 km	40%	10%
20-25 km	20%	1%
	du total	du total

b) Estimation des besoins :

Soins curatifs		
Consultations	1	nouvel épisode/personne/an
Consultations par nouvel épisode	1,2	consultations
Proportion de consultations au centre de santé	0,9	des consultations
Proportion de consultations à domicile	10%	des consultations
Echographies médecine générale	0,05	des nouveaux épisodes
Echographies obstétricales	1	des consultantes prénatales
Soins infirmiers	2	par nouvel épisode
Petite chirurgie	0,1	des nouveaux épisodes
Examens de laboratoire	0,1	des nouveaux épisodes
Ordonnances	0,9	par consultation
Mise en observation	0,1	des nouveaux épisodes
Durées moyennes des mises en observation	2	jours par mise en observation
Santé de la mère et de l'enfant (SMI/PF)		
Naissances vivantes	0,045	naissances vivantes par habitant/an
Morts nés	0,047	morts nés par naissance vivante
Accouchements	0,0471	accouchement par habitant/an
Consultantes prénatales	1,047	consultante par accouchement
Consultations prénatales	3	par consultante
Consultations postnatales	1	par accouchement
Consultantes de planning familial	1	par accouchement
Consultations de planning familial	2	par consultante PF et par an
Consultants enfants sains	1	par enfant de 0 à 2 ans/an
Consultation des enfants sains	2	par consultant enfant sain
Références sans évacuation		
Obstétricales	7%	par accouchement
Grossesses à risque	0,05	par nouvel épisode
Dystocies médicales	0,02	par nouvel épisode
Urgentes non obstétricales	0,01	
non urgentes	0,01	
Evacuations sanitaires		
médicales	0,02	par nouvel épisode
Obstétricales	0,05	par accouchement
Proportion des patients		40%
Indice déplacements aller-retour-divers		2,50

c) Paramètres sanitaires :

(i) *Vaccinations :*

Nombre doses par personne	Nbre doses par	
	enfant	femme
DTC	3	0
Polio	4	0
Rougeole	1	0
Fièvre jaune	1	0
BCG	1	0
Tétanos	0	2

Nombre d'actes par personne	Nombre d'actes par	
	enfant	femme
Nombre d'actes	5	2

Taux de perte en personnes vaccinations		
	enfants	30%
	femmes	30%

Nombre tournées par an pour les vaccinations	4
--	---

Prix d'achat d'une dose de vaccin en FCFA		Prix
	DTC	41
	Polio	47
	Rougeole	83
	Fièvre jaune	165
	BCG	39
	Tétanos	47

Facteurs de perte en vaccins		Facteurs de perte
	DTC	1,5
	Polio	2,0
	Rougeole	1,5
	Fièvre jaune	1,5
	BCG	2,0
	Tétanos	1,3

Consommables hors vaccins			Quantité	Coût par
	Unité	Coût unitaire	par unité	vaccination
Consommables non médicaux				
Carte de vaccination	un	20	1	20
Papeterie	forfait	1000	500	2
Divers	forfait	4	1	4
Consommables médicaux				
Nombre d'actes				
Désinfectant cutané	litre	500	250	2
Seringue	un	30	1	30
Coton	kg	1000	500	2

(ii) *Tuberculose :*

Nombre tournées par an pour la tuberculose	4
--	---

	Locaux	Equipements	Salaire	Déplacements
Part de la tuberculose/santé publique	50%	40%		10%
Part du dépistage	20%	20%	20%	20%
Part du traitement	80%	80%	80%	80%

Part de la tuberculose dans l'utilisation du matériel de labo	20%
---	-----

Efficacité des traitements antituberculeux		
Traitement de 1ère ligne		82%
Traitement de 2ème ligne		18%

CHARGES VARIABLES

Réactifs de laboratoire

Coût total d'1 malade dépisté	2 090
-------------------------------	-------

Consommables non médicaux

Coût total d'1 malade dépisté	1 364
-------------------------------	-------

TRAITEMENT

Coût traitement 1ère ligne

Coût total d'un traitement de 1ère ligne	13 800
--	--------

Coût traitement 2ème ligne

Coût total d'un traitement de 2ème ligne	27 514
--	--------

(iii) *Sida :*

Coût moyen en réactifs et consommables d'un dépistage effectué	1 500	FCFA
--	-------	------

Coût moyen d'une PTME réalisée	70 000	FCFA
--------------------------------	--------	------

Coût moyen annuel d'un traitement par les ARV	200 000	FCFA
---	---------	------

(iv) *Malnutrition :*

Taux de malnutrition < 5 ans	15%
Coût intrants	35 000
Coût prise en charge par l'URENI	10 000
Coût total prise en charge	45 000

(v) *Planification familiale :*

Coût d'une femme planifiée	
Coût des intrants	1 500
Coût de la prise en charge	1 500
Coût total	3 000

(vi) *Diabète de type 1 :*

Coût d'un diabétique de type 1 par an	150 000
---------------------------------------	---------

(vii) *Drépanocytose :*

Coût d'un drépanocytaire par an	150 000
---------------------------------	---------

(viii) *Epilepsie :*

Montant du contrat par malade pris en charge	50 000
--	--------

C. Décisions

a) Ressources humaines :

(i) *Evolution des effectifs :*

	Kourouma					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecin	1	1	1	1	1	1
Sage femme				1	1	1
Infirmier	1	1	1	1	1	1
Auxiliaire de SMI-PF	3	3	3	3	3	3
Gérant	1	1	1	1	1	1
Gardien	1	1	1	1	1	1
Total	7	7	7	8	8	8

	Foh					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecin	1	1	1	1	1	1
Sage femme						
Infirmier	1	1	1	1	1	1
Auxiliaire de SMI-PF	2	2	2	2	2	2
Gérant	1	1	1	1	1	1
Gardien	1	1	1	1	1	1
Total	6	6	6	6	6	6

(ii) *Rémunération :*

	Salaire brut mensuel
Médecin	160 000
Sage femme	120 000
Infirmier	100 000
Auxiliaire de SMI-PF	40 000
Gérant	40 000
Gardien	30 000
Total	490 000

(iii) *Formation en cours d'emploi :*

	Durée formation en jours	Coût formation	
		par jour	total
Médecins	14	10 000	140 000
Sages femmes	7	7 500	52 500
Infirmiers	7	7 500	52 500
Auxiliaires	2	5 000	10 000
Gérants-comptables	1	5 000	5 000
Gardiens	0	0	-

(iv) *Intéressement aux résultats (pondération des différents engagements):*

			Pondération
Fréquentation			
		Nouveaux épisodes	
		Consultations	3
		CPN	2
		Accouchements	2
		Postnatales	1
		PF	1
		Consultants enfants sains	1
Programmes de santé publique			
	PEV		
		Taux de couverture vaccinale enfants	2
		Taux de couverture vaccinale femmes	2
	Sida		
		Taux de traitements complets	2
	Tuberculose		
		Taux de traitements complets	2
	Diabète		
		Taux de traitements complets	2
	Drépanocytose		
		Taux de traitements complets	2
Total			16

b) Locaux :

		Kourouma					Foh		
		Nombre	Surface				Nombre	Surface	
		salles	unitaire	totale			salles	unitaire	totale
Dispensaire					Dispensaire				
	Bureau médecin directeur	1	15	15		Bureau médecin directeur	1	23	23
	Salle de soins	1	15	15		Salle de mise en observation	1	26	26
	Salle d'examen	1	4	4		Salle réception, vente tickets	1	12	12
	Salle blanche	1	9	9		Salle blanche	1	12	12
	Salle de petite chirurgie	1	10	10		Salle vente des médicaments	1	12	12
	Hall d'attente	1	26	26		Magasin des médicaments	1	12	12
Maternité					Maternité				
	Salle des accouchées	1	26	26		Bureau de consultation	1	12	12
	Salle d'accouchement	1	16	16		Salle d'accouchement	1	12	12
	Salle de consultation	1	16	16		Chambre du gardien	1	9	9
	Salle de garde	1	7	7		Salle de garde	1	9	9
	Hall d'attente	1	14	14		Salle des accouchées	1	24	24
Unité CPN					Toilettes externes		1	10	10
	Hall d'attente	1	15	15	Logement		1	54	54
	Bureau de consultation	1	15	15					
	Salle d'examen	1	15	15					
	Salle de chaîne de froid	1	15	15					
Mise en observation									
	Salle n°1	1	21	21					
	Salle n°2	1	21	21					
Pharmacie									
	Salle délivrance médicaments	1	26	26					
Toilettes externes		1	10	10					
Dépôt mortuaire									
Logement		1	54	54					
Maison du gardien		1	13	13					
Toilettes du gardien		1	6	6					
Siège mutuelle		1	9	9					
Total				369	Total				227

c) Tarifs (FCFA):

	Membres ASACO	Non membres
Consultation au centre de santé	750	1 500
Consultation à domicile	2 000	3 000
Soins infirmier	200	300
Acte de petite chirurgie	2 000	3 000
Accouchement	1 000	1 000
Suivi grossesse	1 500	1 500
Suivi enfants < 3 ans	1 000	1 000
Suivi planification familiale	1 000	1 000
Examen de laboratoire	1 000	1 000
Evacuation sur hôpital District	20 000	20 000
Journée mise en observation	500	500
Marge sur les médicaments	1,2	1,2
Forfait hospitalier hôpital de district	30 000	30 000

d) Contractualisation :

Paramètre de contractualisation	1,2
---------------------------------	-----

6.2.OBJECTIFS

		COMMUNE DE KOUROUMA				
		Objectifs				
		2014	2015	2016	2017	2018
Population		16 726	19 674	23 905	30 005	38 905
Objectifs recours aux soins curatifs de 1er niveau						
	Taux de fréquentation des consultations de 1er niveau	30%	35%	40%	45%	50%
	Taux de réalisation des évacuations sanitaires prescrites	80%	80%	90%	90%	90%
	Taux d'échographies prescrites	5%	5%	10%	20%	30%
	Soins infirmiers/aux consultations réalisées	85%	90%	100%	100%	100%
	Actes de petite chirurgie/consultations réalisées	100%	100%	100%	100%	100%
	Examens de laboratoire/besoins en examens chez les consultants	75%	100%	100%	100%	100%
	Mise en observation	60%	70%	90%	100%	100%
Objectifs vaccinations						
	Enfants complètement vaccinés/PEV	45%	50%	55%	60%	70%
	Femmes VAT/PEV	55%	60%	65%	70%	75%
Objectifs tuberculose						
	Taux de dépistage nouveaux tuberculeux	35%	40%	45%	50%	60%
	Taux de mise en traitement/malades dépistés	75%	80%	85%	85%	85%
	Taux de guérison/malades mis en traitement	80%	85%	85%	85%	85%
Objectifs sida						
	Taux de dépistage sérologie HIV	7%	15%	25%	35%	50%

	Taux de dépistage PTME	7%	15%	25%	35%	50%	
	Taux de traitement réalisés chez séropositifs à traiter	5%	15%	25%	35%	50%	
	Taux de couverture PTME	5%	15%	25%	35%	50%	
Objectifs malnutrition							
	Taux de prise en charge des enfants malnutris	30%	35%	40%	45%	50%	
Objectifs mortalité maternelle							
	Taux de fréquentation des consultations prénatales	55%	60%	65%	70%	75%	des femm
	Taux de respect du nombre de consultations prénatales	55%	60%	65%	70%	75%	consultat
	Taux d'accouchement en maternité	40%	55%	60%	65%	70%	des acco
	Taux de consultations postnatales	15%	20%	25%	30%	35%	des acco
	Taux d'échographies	5%	10%	20%	30%	50%	
Objectifs planning familial							
	Taux de femmes planifiées	5%	7%	10%	15%	20%	des femm
	Taux de participation aux Consultations PF	50%	50%	50%	50%	50%	par femm
Objectifs mortalité infanto-juvénile							
	Taux d'enfants qui se rendent aux consultations des enfants sains	20%	20%	20%	20%	20%	des enfan
	Taux de respect du nombre de consultations enfants sains	55%	60%	65%	70%	75%	consultat
Objectifs évacuations proposées							
	médicales	100%	100%	100%	100%	100%	
	obstétricales	100%	100%	100%	100%	100%	
Objectifs adhésions							
	ASACO	30%	50%	55%	60%	70%	
	Mutuelle	2%	3%	6%	8%	10%	

6.3. RESULTATS

Ils constituent les données « out put » de la simulation.

A. Commune de Kourouma

a) Les prévisions d'activités :

	2014	2015	2016	2017	2018
Consultations					
Nouveaux épisodes (NE)	7 257	8 746	10 325	11 999	13 772
Consultations	8 708	10 495	12 390	14 398	16 526
Soins infirmiers	12 337	15 742	20 650	23 997	27 544
Actes de petite chirurgie	726	875	1 032	1 200	1 377
Examens de laboratoire	544	875	1 032	1 200	1 377
Ordonnances pharmaceutiques	7 837	9 445	11 151	12 959	14 874
Mises en observation	435	612	929	1 200	1 377
Journées mises en observation	871	1 224	1 858	2 400	2 754
Santé de la mère et de l'enfant (SMI/PF)					
Taux d'attraction SMI/PF					
Accouchements	326	463	521	583	649
Consultantes prénatales	469	528	591	658	728
Consultations prénatales	1 343	1 514	1 694	1 884	2 086
Consultantes postnatales	122	168	217	269	324
Consultations postnatales	122	168	217	269	324
Consultantes de planning familial	203	294	433	671	925
Consultations de planning familial	203	294	433	671	925
Consultants enfants sains	390	403	417	430	445
Consultation des enfants sains	430	484	542	603	667
Evacuations sanitaires					
médicales	145	175	206	240	275
obstétricales	16	23	26	29	32
Total évacuations	161	198	233	269	308

b) Comptes prévisionnels de résultats :

(i) *Total charges :*

	2014	2015	2016	2017	2018	
REMUNERATION						
Salaires bruts	9 844 028	10 322 015	10 802 016	13 682 017	13 682 018	
Primes statutaires	4 924 028	10 322 013	5 402 016	6 842 017	6 842 018	
Intéressement aux résultats	6 564 028	6 882 015	7 202 016	9 122 017	9 122 018	
Sous total rémunération	21 332 084	27 526 043	23 406 048	29 646 051	29 646 054	21%
INFRASTRUCTURE & EQUIPEMENTS						
Dotation aux amortissements						
Bâtiments	0	0	0	0	0	
Equipements	6 698 000	6 698 000	6 698 000	6 698 000	6 698 000	
Total amortissements	6 698 000	6 698 000	6 698 000	6 698 000	6 698 000	5%
Maintenance						
Bâtiment :	6 067 600	6 067 600	6 067 600	6 067 600	6 067 600	
Equipement	2 055 000	2 055 000	2 055 000	2 055 000	2 055 000	
Total maintenance	8 122 600	8 122 600	8 122 600	8 122 600	8 122 600	6%
Sous total infrastructure.&équipements	14 820 600	14 820 600	14 820 600	14 820 600	14 820 600	
FONCTIONNEMENT						
Formation continue	445 000	247 500	247 500	247 500	247 500	
Frais déplacement	1 508 192	1 508 192	1 508 192	1 508 192	1 508 192	
Frais d'évacuation sanitaire	10 627 269	14 447 730	16 830 185	19 354 149	22 026 366	
Autres dépenses	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	
Total fonctionnement	15 580 461	19 203 422	21 585 878	24 109 842	26 782 059	19%
ACHAT PRODUITS PHARM.						
Consom. méd/Prod. Pharm.	29 067 540	39 257 563	48 224 877	58 591 152	69 609 649	49%
SOUS TOTAL CHARGES	80 800 686	100 807 628	108 037 403	127 167 644	140 858 361	
IMPREVUS						
(5% des charges)	4 040 034	5 040 381	5 401 870	6 358 382	7 042 918	
Réserve (Excédent)	2 254 439	2 605 921	3 043 623	3 502 976	3 941 270	
TOTAL CHARGES	87 095 159	108 453 930	116 482 896	137 029 003	151 842 549	100%

(ii) *Total produits :*

	2014	2015	2016	2017	2018	
RESSOURCES PROPRES						
Tarifification						
Actes	20 960 974	23 247 440	26 970 370	30 772 569	33 669 804	
Evacuations sanitaires	3 228 328	3 683 617	4 166 607	4 730 607	5 492 586	
Cession médicaments	20 899 487	25 187 365	29 735 483	34 556 348	39 663 008	26%
Total tarification	45 088 788	52 118 421	60 872 460	70 059 525	78 825 398	
						0,0%
Contrats de santé publique						0,0%
PEV	8 177 381	8 280 855	8 280 855	8 280 855	8 280 855	
Tuberculose	637 776	436 066	436 066	436 066	436 066	
Sida	1 098 909	1 206 988	1 363 387	1 573 188	1 835 991	
Malnutrition	2 239 231	5 782 813	7 168 375	9 873 242	12 748 824	
	1 037 215	1 070 891	1 382 788	1 714 105	2 065 782	
	1 183 009	1 855 319	2 843 190	3 863 661	4 917 807	
	1 153 042	1 591 800	2 025 378	2 504 336	2 992 858	
Total contrats	15 526 562	20 224 732	23 500 040	28 245 453	33 278 183	
						0%
Subventions	26 479 808	36 110 777	32 110 396	38 724 025	39 738 968	26%
TOTAL PRODUITS	87 095 159	108 453 930	116 482 896	137 029 003	151 842 549	100%

(iii) *Synthèse générale des comptes :*

	2014	2015	2016	2017	2018
CHARGES					
Fonctionnement					
Rémunération	21 332 084	27 526 043	23 406 048	29 646 051	29 646 054
Infrastructures. et équipements.	14 820 600	14 820 600	14 820 600	14 820 600	14 820 600
Fonctionnement	15 580 461	19 203 422	21 585 878	24 109 842	26 782 059
Produits pharmaceutiques	29 067 540	39 257 563	48 224 877	58 591 152	69 609 649
Autres	4 040 034	5 040 381	5 401 870	6 358 382	7 042 918
Réserve	2 254 439	2 605 921	3 043 623	3 502 976	3 941 270
Total	87 095 159	108 453 930	116 482 896	137 029 003	151 842 549
PRODUITS					
Ménages	45 088 788	52 118 421	60 872 460	70 059 525	78 825 398
Etat	26 479 808	36 110 777	32 110 396	38 724 025	39 738 968
PTF	15 526 562	20 224 732	23 500 040	28 245 453	33 278 183
Total	87 095 159	108 453 930	116 482 896	137 029 003	151 842 549
Population	17 278	17 848	18 437	19 046	19 674
Coûts unitaires par habitant					
Fonctionnement (sans investissements)					
FCFA	5 041	6 076	6 318	7 195	7 718
Fonctionnements et investissements					
FCFA	5 041	6 076	6 318	7 195	7 718
us\$	10,0	12,0	12,5	14,3	15,3

B. Le CSCOM de Kourouma

a) Les prévisions d'activités :

	2014	2015	2016	2017	2018
Consultations					
Nouveaux épisodes (NE)	5 492	6 618	7 813	9 080	10 422
Consultations	6 590	7 942	9 376	10 896	12 506
Soins infirmiers	9 336	11 913	15 627	18 160	20 844
Actes de petite chirurgie	549	662	781	908	1 042
Examens de laboratoire	412	662	781	908	1 042
Ordonnances pharmaceutiques	5 931	7 148	8 438	9 807	11 256
Mises en observation	329	463	703	908	1 042
Journées mises en observation	659	927	1 406	1 816	2 084
Santé de la mère et de l'enfant (SMI/PF)					
Taux d'attraction SMI/PF					
Accouchements	246	350	394	441	491
Consultantes prénatales	355	400	447	498	551
Consultations prénatales	1 016	1 145	1 282	1 426	1 578
Consultantes postnatales	92	127	164	204	246
Consultations postnatales	92	127	164	204	246
Consultantes de planning familial	154	222	328	508	700
Consultations de planning familial	154	222	328	508	700
Consultants enfants sains	296	305	315	326	336
Consultation des enfants sains	325	366	410	456	505
Evacuations sanitaires					
Médicales	110	132	156	182	208
obstétricales	12	18	20	22	25
Total évacuations	122	150	176	204	233

b) Comptes prévisionnels de résultats :

(i) *Total charges :*

Charges	2014	2015	2016	2 017	2 018
Rémunération					
Salaire brut	4 922 014	5 400 000	5 400 000	6 840 000	6 840 000
Primes statutaires	2 462 014	2 700 000	2 700 000	3 420 000	3 420 000
Intéressement aux résultats	3 282 014	3 600 000	3 600 000	4 560 000	4 560 000
Sous total rémunération	10 666 042	11 700 000	11 700 000	14 820 000	14 820 000
Amortissement					
Locaux	-	-	-	-	-
Equipements	3 807 667	3 807 667	3 807 667	3 807 667	3 807 667
Sous total amortissement	3 807 667	3 807 667	3 807 667	3 807 667	3 807 667
Maintenance					
Bâtiments	3 033 800	3 033 800	3 033 800	3 033 800	3 033 800
Equipements (hors logistique)	1 027 500	1 027 500	1 027 500	1 027 500	1 027 500
Sous total maintenance	4 061 300	4 061 300	4 061 300	4 061 300	4 061 300
Médicaments et consommables	23 487 265	32 359 951	39 991 076	48 941 411	58 486 124
Fonctionnement					
Formation continue	227 500	227 500	227 500	227 500	227 500
Frais déplacement	982 714	982 714	982 714	982 714	982 714
Frais d'évacuation sanitaire	6 456 116	8 112 796	9 460 115	10 887 522	12 398 835
Autres dépenses	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Sous total autre fonctionnement	9 166 329	10 823 010	12 170 329	13 597 735	15 109 049
Sous total charges	51 188 603	62 751 927	71 730 371	85 228 112	96 284 140
Réserves (5 % de la tarification)	1 707 732	1 968 678	2 297 389	2 642 969	2 974 494
Imprévus (5 % total charges)	2 559 430	3 137 596	3 586 519	4 261 406	4 814 207
Total charges	55 455 765	67 858 201	77 614 279	92 132 487	104 072 841

(ii) *Total produits :*

Produits	2014	2015	2016	2 017	2 018
Tarification					
Actes	15 895 754	17 592 657	26 970 370	23 287 350	25 479 851
Evacuations sanitaires	2 443 059	2 720 192	4 166 607	3 421 287	3 994 788
Cession médicaments	15 815 828	19 060 708	29 735 483	26 150 750	30 015 250
Total tarification	34 154 640	39 373 557	60 872 460	52 859 387	59 489 889
Contrats de santé publique					
PEV	4 392 879	4 471 183	8 280 855	4 471 183	4 471 183
Tuberculose	637 776	436 066	436 066	436 066	436 066
Sida	1 098 909	#REF!	1 363 387	1 573 188	1 835 991
Malnutrition	2 239 231	5 782 813	7 168 375	9 873 242	12 748 824
Diabète	1 037 215	1 070 891	1 382 788	1 714 105	2 065 782
Drépanocytose	1 183 009	1 855 319	2 843 190	3 863 661	4 917 807
Epilepsie	1 153 042	1 591 800	2 025 378	2 504 336	2 992 858
Total contrats	11 742 060	#REF!	23 500 040	24 435 782	29 468 512
Subventions	9 559 065	#REF!	32 110 396	14 837 319	15 114 440
Total produits	55 455 765	#REF!	116 482 896	92 132 487	104 2 841

C. Le CSCOM de Foh

a) Les prévisions d'activités :

	2014	2015	2016	2017	2018
Consultations					
Nouveaux épisodes (NE)	1 765	2 127	2 511	2 919	3 350
Consultations	2 118	2 553	3 014	3 502	4 020
Soins infirmiers	3 001	3 829	5 023	5 837	6 700
Actes de petite chirurgie	177	213	251	292	335
Examens de laboratoire	132	213	251	292	335
Ordonnances pharmaceutiques	1 906	2 297	2 712	3 152	3 618
Mises en observation	106	149	226	292	335
Journées mises en observation	212	298	452	584	670
Santé de la mère et de l'enfant (SMI/PF)					
Taux d'attraction SMI/PF					
Accouchements	79	113	127	142	158
Consultantes prénatales	114	128	144	160	177
Consultations prénatales	327	368	412	458	507
Consultantes postnatales	30	41	53	65	79
Consultations postnatales	30	41	53	65	79
Consultantes de planning familial	49	71	105	163	225
Consultations de planning familial	49	71	105	163	225
Consultants enfants sains	95	98	101	105	108
Consultation des enfants sains	104	118	132	147	162
Evacuations sanitaires					
médicales	35	43	50	58	67
obstétricales	4	6	6	7	8
Total évacuations	39	48	57	65	75

b) Comptes prévisionnels de résultats :

(i) *Total charges :*

Charges	2014	2015	2016	2 017	2 018
Rémunération					
Salaire brut	4 922 014	4 922 015	5 402 016	6 842 017	6 842 018
Primes statutaires	2 462 014	2 462 015	2 702 016	3 422 017	3 422 018
Intéressement aux résultats	3 282 014	3 282 015	3 602 016	4 562 017	4 562 018
Sous total rémunération	10 666 042	10 666 045	11 706 048	14 826 051	14 826 054
Amortissement					
Locaux	-	-	-	-	-
Equipements	2 890 333	2 890 333	2 890 333	2 890 333	2 890 333
Sous total amortissement	2 890 333	2 890 333	2 890 333	2 890 333	2 890 333
Maintenance					
Bâtiments	3 033 800	3 033 800	3 033 800	3 033 800	3 033 800
Equipements (hors logistique)	1 027 500	1 027 500	1 027 500	1 027 500	1 027 500
Sous total maintenance	4 061 300	4 061 300	4 061 300	4 061 300	4 061 300
Médicaments et consommables	5 580 275	6 897 612	8 233 801	9 649 741	11 123 524
Fonctionnement					
Formation continue	217 500	20 000	20 000	20 000	20 000
Frais déplacement	525 479	525 479	525 479	525 479	525 479
Frais d'évacuation sanitaire	4 171 153	6 334 934	7 370 070	8 466 627	9 627 531
Autres dépenses	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000
Sous total autre fonctionnement	6 414 132	8 380 412	9 415 549	10 512 106	11 673 010
Sous total charges	29 612 083	32 895 703	36 307 032	41 939 532	44 574 221
Réserves (5 % de la tarification)	546 707	637 243	746 234	860 007	966 775
Imprévus (5 % total charges)	1 480 604	1 644 785	1 815 352	2 096 977	2 228 711
Total charges	31 639 394	35 177 731	38 868 617	44 896 515	47 769 708

(ii) *Total produits :*

Produits	2014	2015	2016	2 017	2 018
Tarification					
Actes	5 065 220	5 654 783	6 560 360	7 485 220	8 189 952
Evacuations sanitaires	785 269	963 426	1 131 356	1 309 320	1 497 798
Cession médicaments	5 083 659	6 126 656	7 232 955	8 405 598	9 647 759
Total tarification	10 934 148	12 744 864	14 924 671	17 200 138	19 335 509
Contrats de santé publique					
PEV	3 784 502	3 809 672	3 809 672	3 809 672	3 809 672
Tuberculose	-	-	-	-	-
Sida	-	-	-	-	-
Malnutrition	-	-	-	-	-
Diabète	-	-	-	-	-
Drépanocytose	-	-	-	-	-
Epilepsie	-	-	-	-	-
Total contrats	3 784 502	3 809 672	3 809 672	3 809 672	3 809 672
Subventions	16 920 744	18 623 195	20 134 274	23 886 706	24 624 527
Total produits	31 639 394	35 177 731	38 868 617	44 896 515	47 69 708

D. Les coûts unitaires de production

		2014				
		Coûts	Tarifs		Montant	%
		unitaires	Membres	Non membres	subvention	
Proportion			30%	70%		
Soins						
	Consultations	2 929	750	1 500	1 654	56%
	Soins infirmiers	293	200	300	23	8%
	Actes de petite chirurgie	7 471	2 000	3 000	4 771	64%
	Examens de laboratoire	6 050	1 000	1 000	5 050	83%
	Accouchements	10 798	1 000	1 000	9 798	91%
	Consultations prénatales	1 845	1 500	1 500	345	19%
	Consultations postnatales	17 466			17 466	100%
	Consultations planning familial	10 938	1 000	1 000	9 938	91%
	Consultation enfants sains (< 3 ans)	6 927	1 000	1 000	5 927	86%
	Mise en observation	6 626	500	500	6 126	92%
	Evacuations sanitaires	52 853	20 000	20 000	32 853	62%
Actions de santé publique						
	Vaccinations					
	ECV avec salaire	5 780			5 780	100%
	FCV avec salaire	4 813			4 813	100%
	Tuberculoses traitées					
	avec salaire	75 310			75 310	100%
Sida						
	Dépistage	1 860			1 860	100%
	Malades traités	384 370			384 370	100%
	PTME réalisées	176 354			176 354	100%
	Malnutrition	77 692			77 692	100%
	Diabétique	166 753			166 753	100%
	Drépanocytaire	209 437			209 437	100%
	Epilepsie	38 477			38 477	100%

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette thèse propose une démarche méthodologique qui doit permettre aux maires et aux professionnels de santé (médecin chefs de district, directeurs de CSCOM,...) l'élaboration des plans de développement sanitaire de commune. Elle s'est efforcée d'analyser la situation existante et à en tirer les éléments techniques nécessaires à cette planification. De nombreux points pris en compte dans cette thèse sont encore loin d'être acquis. Mais ils doivent être l'objet de décisions nationales pour voir le jour.

1. En ce qui concerne la planification sanitaire au niveau des communes :

1.1. L'élaboration d'un plan de développement sanitaire doit figurer parmi les objectifs à caractère institutionnel du futur PRODESS 2014-2018. Si l'on considère que sur les 703 communes que compte le Mali, les 6 communes urbaines de Bamako sont en fait des districts sanitaires qui doivent élaborer un plan de district, ce sont donc 697 plans communaux qui devront être formulés. Il faudra cependant plusieurs années pour y parvenir et il semble raisonnable de fixer comme date limite l'année 2017, afin de permettre l'élaboration des plans de district du PRODESS 2019-2023 à partir de ces plans communaux de développement sanitaire.

Notre thèse est une première tentative d'élaboration de ce type de plan. Elle propose un contenu et une méthode pour y parvenir, mais demande à être expérimentée, afin d'être confrontée aux réalités du terrain. De plus, elle a eu recours à un logiciel de simulation des activités et des comptes, qui permet aux planificateurs de procéder de façon automatique et donc instantanée aux calculs qui accompagnent leur démarche. L'expérimentation de la méthode et du tableur qui l'accompagne permettra d'en corriger les éventuelles insuffisances afin qu'il puisse être utilisé dans l'élaboration de tous les plans communaux de développement sanitaire. Il est à noter que ce même logiciel permet par ailleurs la fusion des résultats de chacune des communes d'un même district sanitaire et donc de procéder à la simulation des activités et des comptes de ce district, puis, de façon successive, de chaque région pour arriver enfin au niveau national.

1.2. L'intérêt de ce type de plan est essentiel, car c'est de lui que dépend la véritable application au niveau local des buts et des stratégies définis au niveau national par le Ministère de la Santé.

En effet, le plan communal de développement sanitaire permet notamment :

- d'élaborer le plan de développement sanitaire du district d'appartenance de la commune et partant le futur PRODESS sur des bases réalistes.
- de procéder à l'intégration de tous les programmes verticaux (PEV, lutte contre le Sida, contre la tuberculose,...) en un seul et unique programme, améliorant ainsi leur efficacité et leur efficience.
- d'établir la programmation des activités et de faciliter leur pilotage : le tableur permet de procéder à tout moment aux réajustements continus des activités et donc des ressources nécessaires à leur réalisation.
- de rassembler l'ensemble des acteurs de l'action sanitaire autour d'un seul et unique document, grâce auquel chacun saura ce qu'il a à faire et ce que doivent faire les autres pour obtenir les résultats attendus. Il permettra ainsi leur coordination.
- de déterminer les gaps de financement propres à chaque CSCOM et à chaque commune pour assurer l'indispensable équilibre des comptes dont l'absence entrave la qualité des soins et sans lequel aucune pérennité ne peut être assurée. Il sera ainsi possible d'une part de trouver les partenaires qui accepteront d'apporter leur soutien technique et financier aux actions de santé prévues dans la commune, d'autre part d'assurer la mise en cohérence de leurs interventions.
- d'organiser les évaluations périodiques des actions de santé conduites dans la commune.

2. En ce qui concerne le plan communal proprement dit :

2.1. La population (4 008 habitants) et le nombre de villages (2) de l'aire du CSCOM de Foh pose problème, car ces chiffres sont trop faibles pour justifier la présence d'une telle structure. Cette implantation pose le problème général de la carte sanitaire de chaque district et de leur respect. En effet, la création d'une formation sanitaire ne peut pas résulter d'une seule décision locale, mais doit être préalablement autorisée par l'Etat, à travers le décret qui fixe périodiquement cette carte sanitaire.

Fort heureusement, la localisation du village de Foh sur le grand axe goudronné entre Sikasso et Koutiala doit normalement agir favorablement sur sa fréquentation. De plus, le village de Foh peut être amené à bénéficier à l'avenir d'une croissance importante, qui à terme, pourra justifier la présence du CSCOM. Mais en attendant, la structure va devoir faire face à de grandes difficultés pour se maintenir. A ce jour, la création du CSCOM est trop récente (2010) pour qu'une analyse en profondeur de ce centre puisse être faite.

2.2. Le médecin directeur du CSCOM de Kourouma qui s'est installé dans cette localité il y a 23 ans (en 1990) a fait la démonstration éclatante de la viabilité de la médecine de campagne. Praticien indépendant, ce médecin a pu non seulement réaliser sa vie professionnelle, mais de plus, et surtout, répondre aux exigences (notamment financière) d'un chef de famille.

2.3. Il est urgent que soit mise en place les mécanismes de contractualisation qui devraient voir le jour dans le cadre du futur PRODESS 2014-2018. C'est elle en effet qui apportera aux CSCOM les financements nécessaires à la mise en œuvre de l'ensemble des programmes de santé publique, qui ne peuvent pas bénéficier de paiements des usagers et à l'équilibre de leurs comptes.

2.4. La mutuelle qui a été mise en place à Kourouma n'a pas montré jusqu'à ce jour son apport dans l'amélioration de l'accès aux soins de ses membres ni sa capacité de développement. Sa pertinence étant évidente, elle devra bénéficier d'un soutien appuyé de l'Union Technique de la Mutualité Malienne pour prendre toute la place qui lui revient dans le développement sanitaire de la commune.

2.5. Le district sanitaire de Kignan est une nouvelle création, qui résulte de la subdivision en trois du cercle de Sikasso. Il doit se doter avant tout d'un plan de développement sanitaire et social de district, dans lequel le plan de la commune de Kourouma devra être pleinement intégré et devra occuper toute sa place. Les CSCOM ont par ailleurs besoin de bénéficier d'un soutien étroit de l'équipe de santé du district qui doit lui apporter les subventions attendues, assurer leur supervision mensuelle, inviter les médecins directeurs des CSCOM à des réunions régulières, organisées également si possible une fois par mois.

3. En ce qui concerne les limites de ce travail :

Elles sont liées :

- A la non-disponibilité de toutes les données requises au niveau de la commune pour les introduire dans le tableur. Il a donc été nécessaire d'utiliser les seuls indicateurs disponibles, comme ceux de la dernière enquête démographique santé (EDS IV).
- Au degré de fidélité des données recueillies notamment en ce qui concerne les activités les ressources humaines et les infrastructures,
- A l'approximation des prix des intrants (équipements, travaux,...) et des coûts forfaitaires,
- Au réalisme des hypothèses et des objectifs, qui ne se basent que sur des appréciations subjectives des niveaux de performance qui peuvent être atteints à moyen terme (période 2014-2018)
- A la non-disponibilité des référentiels qui devraient sous tendre les activités envisagées.
- Aux incertitudes :
 - o Quant au démarrage du prochain PRODESS, compte tenu de la situation actuelle du Mali,
 - o Quant à la situation économique de la commune pendant les 5 années du plan (évolution du prix d'achat du coton, inflation,...)
 - o Quant à l'obtention des subventions demandées.
 - o Quant à l'application effective des grandes options que sont notamment la contractualisation et l'intéressement aux résultats

Par ailleurs, le succès du programme dépendra du respect :

- Des principes d'intégration de la lutte contre la mortalité maternelle,
- De la qualité des formations des ressources humaines,

Conclusion :

En faisant de la décentralisation le cadre institutionnel dans lequel il évolue depuis plus de 15 ans, le Mali a adopté un nouveau mode de gouvernance qui a conduit à l'élaboration par chaque commune de son plan de développement économique, social et culturel (PDESC). Par ailleurs, le Ministère de la santé a opté pour un processus de planification devant s'appuyer sur l'élaboration par chaque district de son propre plan de développement sanitaire et social (PDSSD). Le succès de cette double démarche passe par l'élaboration par chaque commune de son propre plan de développement sanitaire, qui devra s'inscrire à la fois dans le plan communal (PDESC) et dans le plan de district (PDSSD). Cette thèse a présenté les modalités d'élaboration d'un tel plan en les appliquant à une commune-test afin d'une part d'en garantir la consistance, d'autre part d'en étudier les éventuelles exigences. A travers son descriptif, elle a d'abord montré la nécessité de disposer d'un état des lieux complet, sans lequel il est difficile de procéder à une planification de qualité. Or, de nombreuses informations essentielles pour la commune de Kourouma n'étaient pas disponibles et ont limité la précision du document final.

Elle a ensuite montré l'importance des différentes étapes sur lesquelles repose le processus d'élaboration d'un plan. Elles vont du choix des priorités à la description des activités et à leur programmation, en passant par la formulation des stratégies à l'identification des moyens nécessaires pour agir, tant en ressources matérielles qu'humaine.

Elle a enfin utilisé le tableur « Afrisanté » et montré son intérêt pour élaborer les comptes de résultat de chaque CSCOM et de la commune dont ils relèvent, en déterminant ainsi les besoins de subventions qu'exige la mise en œuvre des activités programmées. Dans le cas de la commune de Kourouma, le coût annuel de l'ensemble des activités identifiées passera entre 2014 à 2018 de 87 à 152 millions de FCFA, tous programmes et toutes charges comprises, tandis que celui des subventions passera de 42 à 73 millions de FCFA soit entre 48 % et 52 % de leur coût de production.

Rapporté à chaque habitant de la commune, ce coût s'élèvera de 5 000 à 7 700 FCFA par personne et par an. Comparé aux montants des dépenses de santé par habitant et par an pour l'ensemble du pays qui iront de 23 500 à 28 500 FCFA pendant cette période, il représentera entre 21% et 27 % de ces dépenses, chiffres extrêmement raisonnables dans le contexte général du Mali.

Compte tenu du statut de droit privé des CSCOM et de l'adoption des principes de la gestion axée sur les résultats, ils devront s'inscrire dans le cadre de contrats, permettant ainsi la mise en place d'un intéressement aux résultats des ressources humaines.

Ainsi, la disponibilité d'un état des lieux suffisamment complet pour que les données qui seront inscrites dans le tableur puissent être les plus justes possibles. S'il n'est pas possible d'obtenir certaines données comme les données épidémiologiques au niveau de chacune des communes du pays, il est par contre envisageable qu'elles le soient au niveau de chaque district sanitaire, limitant ainsi les inexactitudes.

La formulation du plan de Kourouma, faite par cette thèse, qui est le premier de ce type doit permettre aux médecins directeurs des CSCOM de Kourouma et de Foh de procéder eux-mêmes, avec leurs partenaires internes et externes, à la véritable élaboration de leur plan, en y associant tous les acteurs de la commune et en s'appuyant sur les orientations fixées par le médecin chef de district de Kignan.

La présence de ce document permettra :

- A chaque acteur de disposer du même document de référence pour agir :
 - o acteurs internes au sein de la commune : maire et conseil communal, sous-préfet, ASACO, personnel socio-sanitaire, associations des femmes, des jeunes, enseignants, etc...
 - o acteurs externes à la commune : président du conseil de cercle, préfet/gouverneur, médecin chef et équipe de santé de district/Direction Régionale de la Santé/Ministère de la Santé, FELASCOM/FERASCOM/FENASCOM, autres départements (CMDT, agriculture, élevage, éducation nationale,...), partenaires techniques et financiers, etc...
- aux deux CSCOM d'améliorer de façon très significative leur fonctionnement, en disposant d'une argumentation suffisante pour justifier l'ensemble des subventions demandées.

Recommandations :

Au ministère de la santé et de l'hygiène publique :

- De faire de la contractualisation un des fondements de la politique sanitaire qui permettra l'introduction d'un intéressement aux résultats des ressources humaines,
- De mettre à la disposition des gestionnaires de CSCOM, les référentiels pour faciliter la prise en charge de certaines pathologies,
- De rendre disponibles les données épidémiologiques au niveau communal.

Aux autorités communales :

- De faire valoir l'implantation d'une structure sanitaire à travers un certain nombre de population, gage de son bon fonctionnement,
- De rendre plus facile l'accès géographique au centre de santé surtout en saison pluvieuse,
- De contribuer à la rénovation des centres de santé communautaires.
- De poursuivre les concertations avec tous les acteurs en vue de prendre en compte leur aspiration et appréhension sur les problèmes de santé de la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Balique (H) : « Le défi de la santé en Afrique Subsaharienne et ses perspectives », in Santé Internationale : les enjeux de la santé au Sud, sous la direction de Kérouédan (D), Presse de Sciences PO, Paris, 2011, p. 29-50.
2. Balique (H) : « Contribution à la formulation des stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles au Mali pour la période 2012-2017 », Rapport au Ministère de la Santé, Bamako, Octobre 2011, 74 p.
3. Commune de Kourouma, 2010, « Plan communal de développement de la commune de Kourouma ». Document photocopié. Kourouma, 20 p
4. Farnarier (G), Genton (P) : « Prise en charge des patients vivant avec l'épilepsie au Mali (réseau RARE) : formation, diagnostic, suivi, accès aux médicaments et programme recherche-action (epimect) », document Santé Sud, Marseille, Décembre 2012, 8 p.
5. <http://www.fao.org/about/57743/fr/>
6. <http://www.sante.gouv.fr>: "vaccination par le BCG" juillet 2009.
7. Maiga (Z), Traoré Nafo (F), El Abassi (A) : « La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996», Studies in Health Services, Organisation & Policy, 12, 1999.
8. Ministère de la Santé (MS) – Service socio-sanitaire Kignan : « Analyse de situation pour l'élaboration du plan de développement sanitaire et social du district sanitaire de Kignan », document photocopié, Kignan, Décembre 2011, 58 p.
9. Ministère de la Santé (MS), DNSI/MEF : « Mali : Enquête démographique et de Santé (EDSM-IV) », Bamako, 2006,
10. Ministère de la Santé (MS) / Institut national de recherche en santé publique (INRSP) : « Les Comptes nationaux de la santé au Mali 1999-2004 », Document photocopié, Bamako, 2006.
11. Ministère de la Santé (MS)/Comité technique du PRODESS II 2010 2011 : « Synthèse du bilan 2009 et de la programmation 2011, Document photocopié, Bamako, 2011.
12. Ministère de la Santé (MS): « PRODESS II prolongé 2009 2011 - COMPOSANTE SANTE », document photocopié, Bamako, 2009
13. OMS: « maternity waiting homes : a review of experiences », Publication WHO/RHT/MSM/96-21, Genève, 1996, 44 p

14. Paul (E), Dujardin (B) : « L'approche sectorielle Santé au Mali : Rapport de la seconde mission du GRAP-SWAP au Mali (6-16 mars 2006) », Document photocopié, Bruxelles, 2006.
15. Pineault (R), Daveluy (C) : « La *planification* de la santé: concepts, méthodes, stratégies ». Editions Agence d'arc, Montréal, 1986
16. Présidence de la République du Mali - Commissariat à la sécurité alimentaire : « Plan de sécurité alimentaire de la commune de Kourouma 2006-2010 », Document photocopié, Bamako, Mars 2006, 28 p.
17. Présidence de la République du Mali : « Loi W95-034 du 12 avril 1995, portant Code de la décentralisation », Bamako, 1995
18. Présidence de la République du Mali : « Loi N 02-049 du 22 Juillet 2002, portant loi d'orientation sur la santé », Bamako, 2002.
19. The International Diabètes Fédération (IDF) : « Diabètes atlas », 4th édition, 2010
20. Donabedian A. (2003), An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford Oxford University Press; 2003; 240 p.

FICHE D'ENQUETE

NOM DE LA COMMUNE

KOUROUMA

Noms des aires de santé

Aire de santé n°1	KOUROUMA
Aire de santé n°2	FÔH

Population des villages des aires de santé de la Commune

Désignations	Noms des villages	Population 2009 (RGP)	Distances en km entre CSCOM et		
			Villages	Chef lieu Commune	Csref District
Aire de santé 1					
1	Kourouma				
2	Diélé				
3	Dougoubala I				
4	Kougouala				
5	Niagneguella				
6	Nizerebougou				
7	Tiogola				
8	Zanièguebougou				
9	Zanièlani				
10					
11					
12					
	Total Aire de santé				
Aire de santé 2					
1	Fôh				
2	Dougoubala II				
3	Konkala ?				
4	Zérélani ?				
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
	Total Aire de santé				

Taux de croissance annuelle de la population

Selon le RGP 2009/1998

Activités réalisées par CSCOM

		CSCOM 1			CSCOM 2		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
Consultations							
	au centre						
	à domicile						

Soins infirmiers							
	Injections						
	Pansements						
Petite chirurgie							
	Sutures						
Chirurgie							
	Césariennes						
	Hernies						
	Hydrocèles						
SMI-PF							
	CPN						
	Accouchements à la maternité						
	Accouchements à domicile avec AT						
	Consultations post natales						
	Consultantes PF						
	Consultants enfants sains						
Hospitalisations							
	Au CSCOM						
	Journées d'hospitalisation						
Références							
	avec ambulance						
	sasn ambulance						
		CSCOM KOUROUMA			CSCOM FÔH		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
Vaccinations							
	DTC						
	Nombre d'enfants à vacciner						
	Nombre d'enfants vaccinés						
	Polio orale						
	Nombre d'enfants à vacciner						
	Nombre d'enfants vaccinés						
Tuberculose							
	Nombre de cas dépistés						
	Nombre de cas traités						
Sida							
	Nombre de cas dépistés						
	Nombre de cas traités						
	Nombre de femems enceintes dépistées						
	Nombre de PTME réalisées						

Laboratoire							
	Nombre d'examens						
Adhésion à l'ASACO							
	Nombre de cartes						
Nombre d'ayants droits de l'AMO							

Situation actuelle des ressources humaines

	Salaire	Nombre			
	Mensuel	Aire de santé Kourouma		Aire de santé Foh	
	Statutaire	Existant	Besoins	Existant	Besoins
Médecin					
IDE					
IPC					
Sage femme					
IO					
Matrone					
Aide soignant					
Gérant					
Gardien					
Total					

Montants recouverts par chaque CSCOM au cours de l'année (en FCFA)

	CSCOM KOUROUMA			CSCOM FÔH		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Actes						
Consultations						
Soins infirmiers						
Petite chirurgie						
Accouchements						
CPN						
Vente médicaments						
Autres						
Total						

Coût moyen d'une ordonnance						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

Tarifs pratiqués par les centres

		Acte fait par médecin		Acte fait par infirmier	
		Membres	Non membres	Membres	Non membres
		ASACO	ASACO	ASACO	ASACO
Consultation					
Consultation à domicile					
Soins infirmier					
Acte de petite chirurgie					
Accouchement					
CPN					
CPON					
Consultation enfant sain					
Consultation PF					
Examen de laboratoire					
Evacuation sur hôpital District					
Journée mise en observation					
Déplacement (selon distance)					
Autres					

Bâtiments

		CSCOM KOUROUMA		CSCOM FÔH	
		Existant	Besoin	Existant	Besoin
Dispensaire					
	Bureau médecin				
	Salle d'examen				
	Salle blanche				
	Hall d'attente				
	Sous total				
Mise en observation					
	Salle n°1				
	Salle n°2				
	Sous total				
Maternité					
	Salle d'examen matrone				
	Salle d'accouchement				
	Bureau matrone				
	Sous total				
Pharmacie					
	Salle de délivrance médicaments				
	Sous total				
Salle de formation					
Toilettes externes					

Logement					
	Salle de séjour				
	Chambres				
	Cuisine				
	Salle de bain				
	Sous total				
Maison du gardien					
Toilettes du gardien					
Total					

Equipements

		Nombre d'unités			
		CSCOM KOUROUMA		CSCOM FÔH	
		Existant	Besoin	Existant	Besoin
Dispensaire					
	Bureau médecin				
	armoire				
	table				
	chaises				
	ordinateur				
	Tensiomètre				
	sthétoscope				
	pèse personne				
	otoscope				
	toise				
	pèse bébé				
	toise bébé				
	Salle d'examen				
	table d'examen				
	armoire				
	stérilisateur				
	Salle blanche				
	table de pansement				
	boîte de petite chirurgie				
	Hall d'attente				
	bancs				
Mise en observation					
	Salle d'hospitalisation n°1				
	lits				
	matelas				
	potence				
	convertisseur courant				

	batterie				
		Nombre d'unités			
		CSCOM KOUROUMA		CSCOM FÔH	
		Existant	Besoin	Existant	Besoin
	Salle d'hospitalisation n°2				
	lits				
	matelas				
	réfrigérateur à pétrole				
	congélateur à pétrole				
	batteries				
Maternité					
	Salle d'examen matrone				
	table gynéco				
	Salle d'accouchement				
	table d'accouchement				
	Vacuum extractor				
	boîte accouchement				
	Bureau matrone				
	table				
	armoire				
	chaises				
Pharmacie					
	armoire				
	bureau				
	chaises				
	calcuette				
	comptoir				
	RAC				
	Petite boîte isotherme				
	Grande boîte isotherme				
	batteries				
Salle de formation					
	armoire				
	réfrigérateur à pétrole				
	matériel de vaccination				
	microscope				
	matériel labo tuberculose				
		Nombre d'unités			
		CSCOM KOUROUMA		CSCOM FÔH	
		Existant	Besoin	Existant	Besoin
Logement					
	Salle de séjour				
	Table à manger				
	Chaises				
	Fauteuils				
	Petite table				
	Buffet				
	Chambres				
	Lit				
	Armoire				
	Cuisine				

	Cuisinière à gaz				
	réfrigérateur à pétrole				
Général					
	installation solaire				
	Motocyclette				
Autres équipements					

**

Statuts ASACO de Kourouma

STATUTS



CHAPITRE I: GÉNÉRALITÉ

ARTICLE 1: En vue de participer à la protection et à l'amélioration de son état de santé, la population du secteur de Kourouma a créé conformément aux dispositions de l'ordonnance n°41 P.S.G du 28 Mars 1959, une Association apolitique dénommée: Association de Santé Communautaire de Kourouma ayant pour sigle A.S.A.C.C.K.C.U.;
L'ASACCKOU est une association apolitique à but non lucratif, dotée de la personnalité morale. Sa durée est de 90 ans renouvelables. Le siège est à Kourouma dans l'Arrondissement de Kigman, Cercle de Sissako, République du Mali.

CHAPITRE II: BUTS

ARTICLE 2: L'ASACCKOU a pour but;

- De faciliter l'accès des populations du secteur (Villages et hamlets...) aux soins essentiels: curatifs, préventifs et promotionnels.
- De susciter la participation active et responsable des populations pour protéger et améliorer leur état de santé.
- De mettre à la disposition de ses membres des médicaments essentiels à des coûts relativement bas.

CHAPITRE III: OBJECTIFS ET MODALITÉS

ARTICLE 3: L'ASACCKOU réalise ses objectifs en liaison étroite avec les services techniques du Ministère de la santé de la solidarité et les personnes âgées.

- Assurer la création puis le fonctionnement du centre de santé communautaire destiné à l'ensemble de la population résidant dans la Zone géographique .
- Assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses composantes curatives, préventives et promotionnelles conformément aux directives du Ministère chargé de la santé.
- Assurer la formation et recyclage du personnel médical afin d'améliorer la qualité des soins.
- De promouvoir la proscription des médicaments essentiels sous forme D.D.L.
- De collaborer avec tout organisme ou association poursuivant les mêmes objectifs.

CHAPITRE IV: LES MEMBRES

ARTICLE 4: Est membre toute personne qui adhère aux présents statuts; détentrice de carte et s'acquitte régulièrement de sa cotisation.

ARTICLE 5: La qualité de membre se perd par;

la cours d'année
Démission ou exclusion. En cas de décès du titulaire, la carte reste valable pour les ayants droit jusqu'en fin d'année. Et en fin d'année: par le non renouvellement de la carte d'adhésion.

CHAPITRE V: LES ORGANES

ARTICLE 6: Les organes de l'ASACCKOU sont l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, et de Comité de Gestion.

ARTICLE 7: L'A.G est l'instance suprême de l'ASACCKOU. Elle définit la politique générale de l'association. Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le conseil d'Administration. L'A.G peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Président ou la majorité des 2/3 du C.A.

ARTICLE 8: Elle adopte son ordre du jour sur proposition du C.A., fixe le montant des cotisations et la tarification des prestations produites par le centre. Elle fait toute proposition.

- Concernant l'organisation, la gestion et le développement des activités de l'Association, l'A.G. charge le C.A. de mission diverses. Elle décide des modifications, des statuts dans les conditions prévues par l'article 23, élit les membres du C.A. L'A.G. approuve le rapport financier du C.A.

ARTICLE 9: Le C.A. élit par l'A.G. pour une durée de trois ans renouvelable une fois

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1 Président | 1 Secrétaire Général Adjoint |
| 1 Vice Président | 1 Trésorier Général |
| 1 Secrétaire Général | 2 Trésoriers Généraux |
| 2 Secrétares à l'organisation | 2 Commissaires aux comptes |
| 2 Commissaires aux comptes | |

Sont les membres de droit avec voix consultative.

- Le Chef d'Arrondissement
- Les Chefs des Villages membres
- Les Médecins chef du cercle
- Le médecin directeur du Centre

ARTICLE 10: Le C.A. exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association. Il se réunit une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou la majorité simple de ses membres. Il a pour attributions;

- D'informer l'A.G. de toutes les décisions prises;
- De veiller à l'application de la politique générale définie et consignée dans un procès verbal par l'A.G.
- De proposer toutes les mesures susceptibles d'améliorer la qualité des prestations et la bonne gestion de l'ASSOCIATION.
- D'ouvrir la discussion autour de tous les problèmes pouvant influencer sur la vie de l'ASSOCIATION.
- D'approuver à priori le recrutement et le licenciement du personnel
- De statuer sur les sanctions disciplinaires du 2ème degré pour tout le personnel et du 1er degré pour le médecin directeur.

ARTICLE 11: Le comité de gestion se réunit une fois par mois en session ordinaire et de façon extraordinaire autant de fois que nécessaire.

- Approuve le projet du budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le médecin directeur.
- Effectue entre deux réunions du C.A., les dépenses obligatoires pour le bon marche du centre.
- Justifie devant le C.A., les dépenses effectués au cours du trimestre.
- Statue sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour tout le personnel sauf le médecin directeur.

CHAPITRE VI: LES RESSOURCES

ARTICLE 12: Les ressources de l'Association proviennent de:

- La vente des cartes de membres,
- Les manifestations génératrices des ressources de l'Association;
- Des recettes découlants des activités du centre de santé,
- Des subventions des pouvoirs publics, des oeuvres de bienveillance d'organismes nationaux ou internationaux.

ARTICLE 13: L'exercice financier commence le 1er Janvier et se termine le 31 Décembre de chaque année.

CHAPITRE VII: TAUX DE PRESTATION

ARTICLE 14: Les taux de prestation sont fixés de façon annuelle par l'A.G.

CHAPITRE VIII: DISCIPLINE

ARTICLE 15: Le non respect des présents statuts et règlement intérieure par un membre l'expose aux sanctions suivantes: l'avertissement, le blâme, la suspension, l'exclusion.

CHAPITRE IX: DIMISSION

ARTICLE 16: L'ASSOCIATION reconnaît à tout membre élu la faculté de présenter sa démission après décision prise à la majorité des 2/3 des membres du C.A. La lettre de démission qui convoquera une réunion sont portés devant l'A.G. qui en décide.

CHAPITRE X: DISPOSITIONS OBLIGATOIRES

ARTICLE 17: Les membres fondateurs doivent être immortalisés par l'Association.

ARTICLE 18: La convocation des A.G doit se faire au moins une semaine d'avance.

CHAPITRE XI: DISPOSITIONS FINALES
MODIFICATION DES STATUTS ET REGLEMENT INTERIEUR.

ARTICLE 19: Toute proposition de modification des présents statuts et règlement intérieur de l'ASACCKOU doit être modifiée par écrit au C.A au moins trois mois avant une A.G. Le C.A est tenu d'en informer les membres de l'ASACCKOU au moins trente jours avant l'A.G.

Les dites propositions de modification sont adoptées par l'A.G à la majorité des 2/3 des membres présents.

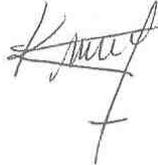
ARTICLE 21: La dissolution de l'ASACCKOU ne peut intervenir que par décision de l'A.G à la majorité des 2/3 des membres. Dans ce cas l'A.G déterminera la dévolution des biens disponibles.

KOURUKA, LE 5 AVRIL 1995

LE PRESIDENT



LE TRESORIER



LE SECRETAIRE GENERAL



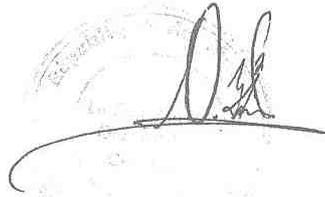
N° 838 Vu Pour La Légalisation
de La Signature

M. Adama Tio Traoré

Apposée ci-contre

SIKASSO LE 10 NOV. 1995

P. LE MAIRE ET P. C



Règlement intérieur de l'ASACO de Kourouma

RÈGLEMENT INTERIEUR

CHAPITRE I: DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1: Le présent règlement a pour but;

- De préciser et compléter les dispositions statutaires de l'Association.
- De définir les différents organes, leurs attributions et leurs fonctions.
- De déterminer les modalités de fonctionnement du centre de santé et les attributions du médecin directeur.
- De définir les dispositions disciplinaires et les gammes de sanction.
- De préciser les relations extérieures de l'Association et du CSCOM.

ARTICLE 2: L'ASACCKOU association à but non lucratif préconise l'accès facile de la population aux soins essentiels de santé et à moindre coût. Elle suscite une participation active et volontaire de celle-ci à l'amélioration de sa propre santé.

ARTICLE 3: L'adhésion à l'Association est volontaire et est subordonnée à l'obtention d'une carte de membre dont le prix est fixé en A.G.

L'adhésion d'un village n'ayant pas participé à la construction des locaux (apport physique) est subordonnée au paiement de 25 000 F CFA.

Tout adhérent a le droit de :

Voter lors des Assemblées Générales

Être élu au C.A

Avoir accès aux tarifs préférentiels que ses ayants droits

Bénéficier des activités de recherche pour lui-même et de ses ayants droits.

Doit :

- S'acquitter de ses cotisations périodiques
- Assister aux Assemblées générales
- Respecter les textes des statuts et règlement intérieur
- Informer l'ASACCKOU sur tout problème de santé de la Zone géographique.
- Défendre les intérêts de l'ASACCKOU tout temps et en tout lieu.

CHAPITRE II:

ARTICLE 4 : L'A.G est l'instance suprême de l'Association, qui arrête en dernier ressort les décisions du C.A. Elle tranche les litiges entre les différents organes et statue en définitive sur les cas d'exclusion des adhérents. L'A.G vote le budget de l'Association sur proposition du C.A. Elle se réunit en session ordinaire une fois par an et en session extraordinaire sur demande du président ou la majorité des 2/3 .

ARTICLE 5: L'A.G élit le C.A pour un mandat de trois ans renouvelable une seule fois. Ce C.A ainsi élu au bon fonctionnement de l'ASACCKOU conformément à la politique de santé définie par les Statuts.

ARTICLE 6: Le C.A se réunit une fois par trimestre en session ordinaire et en session extraordinaire sur convocation de son président ou la demande de la majorité de ses membres. Le C.A vote le budget du centre sur proposition du A.G. Il a obligation de présenter un rapport annuel écrit moral et financier ainsi qu'un plan d'opération écrit

ARTICLE 7: Les attributions du Conseil d'Administration sont:

- Président: Il est le représentant légal; veille à l'exécution correcte des décisions prises par l'A.G et le C.A.
- Prend tout contact nécessaire à la promotion de l'Association et à la conduite de ses activités.
- Préside les A.G et les réunions de bureau du C.A
- Signe tous les chèques de concert avec le trésorier de l'Association.
- Les contrats de travail, les accords et conventions conclus par l'A.G.

Le Secrétaire Général: Il remplace le président en cas d'absence ou d'empêchement.

- Est chargé des problèmes juridiques et techniques. De ce fait, détient toutes les archives comptables, administratives, juridiques et techniques.

Le Trésorier Général: Il est responsable des fonds, des biens et des documents comptables.

- Est chargé de placement des cartes de membre et perçoit les cotisations détiennent le livre journal.
- Perçoit les recettes du centre quotidiennement contre reçu
- Verse les fonds disponibles à son niveau au moins une fois par semaine en banque et immédiatement, s'il dépasse Cent Million (100 000) F CFA.

Les Secrétaires à l'organisation: Ils sont responsables de l'organisation des réunions, des A.G et manifestations de l'Association. Organisent les visites des délégations.

ARTICLE 8: Le Comité de Gestion.

Le C.G est élu au sein du C.A pour un mandat de trois ans. Il est chargé de l'élaboration du budget, du suivi et de l'exécution des programmes d'activité du Centre. Sa composition est la suivante:

Le Président

Le Trésorier Général: celui du C.A est également du C.G

Le médecin directeur: ses attributions seront définies plus bas =

Le C.G se réunit en session ordinaire une fois par mois et en session extraordinaire sur convocation de son Président à la demande des 2/3 des membres.

ARTICLE 9: LES ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU C.G

Le Président: Il est élu par le C.A en son sein. Il est chargé de la mise en oeuvre des décisions du C.A avec le médecin directeur.

- Dresse le bilan annuel des activités du Centre.

CHAPITRE III: LE CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

ARTICLE 10: Les objectifs du CSCOM sont:

- Couvrir l'ensemble des populations de l'avis attribué par la carte sanitaire, par les soins curatifs, préventifs et promotionnels.
- Assurer la qualité des services qu'il produit.

ARTICLE 11: Le médecin directeur est le premier responsable technique du Centre et assure le bon fonctionnement administratif et financier.

- Est chargé de veiller au respect de la réglementation en vigueur au Mali
- De l'élaboration et l'application du règlement intérieur du CSCOM.
- Elaborer l'organisme des services du Centre.
- Est l'ordonnateur de la régie de fonctionnement du Centre.

CHAPITRE IV: SANCTIONS

ARTICLE 12: Les sanctions disciplinaires prises par le C.A contre les adhérents sont de deux(2) degrés:

- 1°) L'avertissement (payement de 500 F CFA) chaque fois que la faute se répète et du blanc.
- 2°) La suspension et l'exclusion.

ARTICLE 13: En cas de conflit entre le médecin directeur et le C.G, le C.A sera responsable de la réconciliation.

ARTICLE 14: Le présent règlement intérieur ne peut être modifié que lors d'une Assemblée générale sur proposition du C.A.

KOUROUMA, LE 5 AVRIL 1995

LE PRÉSIDENT

No 338 Vu Pour La Législation
de La Signature

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Adama Ilo Imane
Apposée et contresignée
SIKASSO LE 10 NOV. 1995
P. LE MAIRE ET P. N

ANNEXE 2 : L'ASACO DE FOH.

Statuts de l'ASACO de Foh.

STATUTS

Préambule : L'Association de Santé Communautaire de Fôh « *A.SA.CO.FÔH* » dans la Commune rurale de Kourouma est fondée sur le principe de la solidarité et l'entraide mutuelle, à caractère humanitaire et dont l'adhésion libre et volontaire.

Son action s'inscrit dans le cadre du développement et de la promotion de la santé des populations, la défense et la sauvegarde de leurs intérêts, en vue d'amélioration leur condition de vie dans un processus de développement économique et social harmonieux tel que la politique du Gouvernement le définit.

TITRE I – CREATION – DENOMINATION – SIEGE SOCIAL – RAYON D'ACTION

a)- CREATION :

Article 1 : Conformément aux Dispositions de la loi N°04-038 du 08 Août 2004 régissant les associations en République du Mali, il est créé une association à but non lucratif, non confessionnel et apolitique entre les adhérents aux présents statuts et règlement.

b)- DENOMINATION :

Article 2 : L'Association de Santé Communautaire de Fôh « *A.SA.CO.FÔH* » est fondée sur le principe de la solidarité et l'entraide mutuelle.

c)- SIEGE SOCIAL :

Article 3 :- Le Siège de L'Association de Santé Communautaire de Fôh « *A.SA.CO.FÔH* » est à Fôh dans la Commune rurale de Kourouma.

d)- RAYON D'ACTION :

Article 4 :- Son rayon d'action s'étend particulièrement sur l'étendue du village et en général sur l'étendue de la Commune rurale de Kourouma

TITRE II : OBJECTIFS – FILIATION

a)- OBJECTIFS :

Article 5:- L'Association a pour objectifs :

- Promouvoir le développement de la santé,
- Veiller à la bonne gestion du Centre,
- Œuvrer dans le sens de la compétitivité du Centre,
- Soutenir toutes autres actions de développement de la Commune,

b)- AFFILIATION :

Article 6 : L'Association peut s'affilier à toute autre association ou regroupement visant les mêmes objectifs pour créer une structure supérieure garantissant la pérennité et le succès de ses activités (Union ou ONG).

TITRE IV : ADHESION – RETRAIT – EXCLUSION

1. ADHESION :

Article 7 : Peuvent adhérer à L'Association de Santé Communautaire de Fôh « *A.SA.CO.FÔH* » toute personne résidant à Fôh sans distinction de race ni de religion. Les frais d'adhésion sont obligatoires et fixés à F CFA/membre. Toute adhésion ultérieure implique un engagement formel à savoir le paiement des frais d'adhésion, au respect scrupuleux des statuts et règlement intérieur de l'association et des décisions de l'assemblée générale.

2. RETRAIT :

Article 7 : Tout membre de l'association peut se retirer à tout moment s'il juge que ses intérêts sont brimés par l'Association. Mais il doit au préalable adresser une lettre de démission au président de l'association. Dans les trois (3) mois qui suivent à partir de la date de réception de la lettre, la président de l'association convoque une assemblée générale extraordinaire pour statuer sur la requête. Les conclusions de l'assemblée seront transmises au membre démissionnaire par lettre.

Le membre dont la démission est acceptée perd ainsi tous ses avantages et droits vis-à-vis de l'association. Cependant, il doit obligatoirement honorer ses engagements et rembourser les prêts individuels vis-à-vis de l'association dans un délai de Trente (30) jours francs à compter de la date d'acceptation de sa démission. En cas de refus ou d'incapacité, l'association se réserve d'utiliser les moyens légaux pour bénéficier de tous ses droits vis-à-vis de l'intéressé.

3. SUSPENSION :

Article 8 : Tout membre dont le comportement serait incompatible avec les textes régissant l'association sera suspendu jusqu'à sa prise de conscience ; mais un avertissement, un blâme allant de trois (03) à sept (07) jours lui sera infligé avant la suspension.

En cas de faute grave, l'assemblée générale extraordinaire décidera et sa décision est souveraine.

En cas de décès d'un membre, ce dernier perd la qualité de membre de l'association. Les membres de l'association restent solidaires pour prendre en charge ses engagements contractés vis-à-vis de l'organisation. Par conséquent, l'association se réserve le droit de reprendre la gestion des actifs du défunt issus des accords conclus entre les deux parties.

TITRE IV / DROITS ET DEVOIRS DES MEMBRES

1. DROITS DES MEMBRES :

Article 9 :- Tous les membres ont les mêmes droits et avantages vis-à-vis de l'association :

- Bénéficiaire de tous les avantages de l'association au même titre.
- Elire ou être élu à tous les postes de responsabilité selon leurs compétences au sein de l'association.
- Veiller au respect des textes de statut et règlement intérieur conçues, par l'association et la bonne marche des affaires de l'association.

2. DEVOIRS DES MEMBRES :

Article 10 : Tous les membres ont les mêmes devoirs vis-à-vis de l'association :

- Payer les cotisations,
- Participer aux réunions,
- Respecter scrupuleusement les statuts et règlement intérieur de l'association ;
- Participer aux activités de l'association de toute nature au même titre.

V/- ORGANISATIONS – ADMINISTRATION

1)- ORGANISATION :

Article 11 : Les organes de gestion de l'association sont :

- L'assemblée générale (A.G.)
- Le Bureau exécutif (B.E.)

2)- ADMINISTRATION :

Article 12 :- L'administration de l'association porte sur les rôles et responsabilités des organes de gestion :

1.- Assemblée générale (A.G.):

L'Assemblée générale est l'organe suprême de délibération et de décision. Elle assure la souveraineté de l'Association. Elle peut déléguer certains de ses pouvoirs et au Bureau exécutif.

L'Assemblée Générale tient deux (2) types de réunions :

- L'assemblée Générale Ordinaire (A.G.O.)
- L'assemblée Générale extraordinaire (A.G..E)

❖ **L'Assemblée Générale ordinaire (A.G.O.) :** Elle se tient une fois par mois et en fin d'exercice. Elle s'occupe de :

- L'établissement du bilan de fin d'exercice (année)
- L'approbation du plan d'action de l'année suivante,
- Le renouvellement des membres du bureau exécutif de l'association à la fin du mandat,
- La modification des statuts et règlement intérieur de l'association en cas de nécessité,
- L'adhésion des nouveaux membres,
- Les faits se rapportant à la vie de l'association (règlement de litige, sanctions à prendre etc.).

❖ **L'Assemblée générale extraordinaire (A.G.E) :** elle se réunit sur décision du 1/3 des membres de l'association ou lorsque la présidente le sollicite pour des problèmes urgents allant dans le sens de la bonne marche des affaires de l'association. Dans tous les cas, l'objet de l'assemblée extraordinaire doit être clair et précis.

L'assemblée générale ordinaire ou l'assemblée générale extraordinaire ne délibère valablement que lorsque les 2/3 des membres sont présents ou représentés.

Quand ce quorum n'est pas atteint, la réunion est reportée. Une seconde convocation sera faite avec le même ordre du jour dans les quinze (15) jours qui suivent. Celle-ci sera tenue quelque soit le nombre de membres présents et les décisions prises seront exécutées et engageront tous les membres.

2)- Le Comité de Gestion :

Les membres du bureau exécutif de l'Association (C.G) sont mis en place par l'assemblée générale. Il est l'organe d'exécution et rend compte de ses activités à l'assemblée générale. Il se réunit ordinairement les trois mois pour :

- Faire le point des actions en exécution
- Discuter des questions se rapportant à la vie de l'association
- Programmer les actions avant la réunion suivante

Pour toute réunion du bureau exécutif, il faut la présence d'au moins de la moitié de ses membres. Il peut se réunir en séance extraordinaire à la demande d'un membre pour des questions urgentes. L'objet e la réunion doit être clair et précis.

Le bureau exécutif est composé de treize membres (voir liste membres bureau exécutif.

La gestion du Bureau exécutif est collégiale. Elle implique la participation et la responsabilité de tous ses membres. La présidente peut à tout moment réquisitionner tout membre pour une action ponctuelle.

TITRE VI : MANDAT DES ORGANES

Article 13 : Les membres du Bureau exécutif sont élus pour une durée de trois (3) ans. Ils peuvent être réélus autant de fois que l'Assemblée le désire.

TITRE VII : CAPITAL SOCIAL-GESTION FINANCIERE

1)- LES RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Article 14 : Les ressources de l'Association sont constituées par :

- Les frais d'adhésion, Les cotisations mensuelles, Les prix des cartes de membre, Les subventions, dons et legs, Les bénéfices obtenus par les activités.

2)- GESTION FINANCIERE

Article 15 :- Chaque membre doit payer la somme de mille francs (1000) francs CFA représentant les frais d'adhésion et les cotisations mensuelles.

Pour renforcer sa capacité financière, l'Associations peut :

- solliciter des souscriptions volontaires aux membres ou sympathisants,
- contracter des prêts à des tiers, (Caisses et Banques de la place)
- mettre en place des activités génératrices de revenus,
- chercher des subventions à des bailleurs pour réaliser des actions de développement.

Les fonds de l'Association seront domiciliés dans une banque de la place ou dans une institution de micro crédit. Les versements et retraits se feront sous la responsabilité du président, le Secrétaire général et le Trésorier général.

L'Association peut octroyer des crédits à ses membres pour les appuyer dans leurs activités. Les conditions d'octroi de crédits aux membres et les modalités de remboursement sont définies dans le règlement intérieur de l'Association.

Une gestion saine et transparente sera mise en place à travers la tenue d'une bonne comptabilité sur des documents et pièces comptables appropriés.

TITRE VIII : SANCTIONS-DIFFERENDS

a)- SANCTIONS

Article 16 :- Les sanctions se situent à différents niveaux :

- Les retards ou absences aux réunions,
- Les comportements indésirables,
- Les détournements de fonds.

Les sanctions vont du paiement d'amende à la suspension temporaire du membre en passant par l'avertissement, selon la nature de la sanction.

b)- DIFFERENDS

Article 17 :- Les différends nés au sein de l'Association et qui ne trouveraient pas de solution à travers les dispositions statutaires feront l'objet d'un règlement à l'amiable. A défaut, la justice à compétence étendue du ressort sera le dernier recours.

TITRE IX : DISPOSITIONS FINALES

Article 18 :- Tout ce qui n'est pas prévu dans les présents statuts fera l'objet d'un règlement intérieur approuvé en Assemblée Générale.-

Règlement intérieur de l'ASACO de Foh

RÈGLEMENT INTERIEUR

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.- Le présent règlement intérieur complète et définit les modalités d'application des statuts de *L'Association de Santé Communautaire de Fôh « A.S.A.CO.FÔH »* dans la Commune rurale de Kourouma a pour but d'assurer la discipline au sein de l'organisation.

TITRE II : MEMBRES

Article 2 :- Les membres d'honneur dont le nombre est indéfini, sont choisis en fonction de leur âge, leur sagesse, leur grande exigence et leur contribution pour garder et éclairer les responsables de l'association. Ils peuvent régler les différents individuels entre les membres du bureau de l'Organisation. Ils peuvent assister aux réunions s'ils le désirent et peuvent faire des suggestions pour la bonne réussite de l'association.

TITRE II ADMINISTRATION – GESTION - CONTROLE

Article 3 : L'Assemblée Générale est l'instance suprême de *L'Association de Santé Communautaire de Fôh* est convoquée et présidée par le Président du bureau exécutif. En cas d'absence ou d'empêchement, celui-ci est remplacé par le Secrétaire général.

Le vote se fait à main levée. Le vote par procuration est admis à condition que le mandataire fasse preuve avant l'ouverture des travaux qu'il est nanti d'un pouvoir régulier. Une même personne ne peut détenir qu'un et un seul mandat en plus de sa voix.

L'Assemblée générale peut se réunir en session ordinaire et en session extraordinaire sur convocation du Président et/ou à la demande des 2/3 des membres du bureau. Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des membres présents.

Article 4 :- L'Assemblée générale ordinaire (A.G.O) ; elle se réunit au moins à la fin de chaque fin de mois ou à la demande des 2/3 des membres sur convocation du Président. Les décisions sont prises à la majorité simple.

L'A.G.O. ne peut délibérer que si la majorité simple des membres inscrits à la date de la convocation sont présents et représentés. Si cette condition n'est pas simple, une deuxième assemblée est convoquée quinze (15) jours après et celle-ci délibère valablement quelque soit le nombre de membres présents et représentés.

L'Assemblée Générale Extraordinaire (A.G.E.):

Article 5 :- Lorsque l'Assemblée Générale Extraordinaire, régulièrement convoquée, est reportée par défaut de quorum, une nouvelle assemblée générale est convoquée, les six mois qui suivent et celle-ci délibère quelque soit le nombre des membres présents et/ou représentés, sauf pour la dissolution de l'Association.

Article 6 :- L'Avis de convocation de l'Assemblée Générale extraordinaire est porté à la connaissance des membres directement ou par voix de presse, au moins 15 jours avant la date de la réunion. Il doit mentionner l'ordre du jour, le lieu, la date et l'heure de la réunion. Les documents doivent parvenir ou être disponibles pour tous les membres de l'Assemblée générale.

Article 7 :- Toute proposition de modification ou d'amendement du statut ou du règlement intérieur doit être présentée au bureau au moins 30 jours avant la tenue de l'assemblée générale qui doit y statuer.

Article 8 :- le bureau exécutif : il est l'organe d'exécution et de gestion de *L'Association de Santé Communautaire de Fôh* . Il assure l'administration et exécute les résolutions de l'Assemblée Générale. Les membres du bureau exécutif sont tenus d'être en relation constante avec tous les membres auxquels ils devront donner régulièrement toutes les informations.

Le bureau se réunit :

- une fois par mois en session ordinaire ;
- en session extraordinaire chaque fois que l'intérêt de *L'Association de Santé Communautaire de Fôh* l'exige.

Les séances du bureau ne sont pas publiques, mais peuvent s'adjoindre à titre consultatif pour des questions particulières à toute personne en raison de sa compétence.

Article 9 :- Les membres présentent d'une manière générale leurs revendications au bureau. Ils sont tenus de répondre à tous les appels du bureau ou toute convocation même individuelle sous peine des sanctions définies dans l'article N°14 du présent règlement intérieur.

Article 10 : le bureau se compose de quatorze (14) membres répartis entre les différents secteurs d'activités. Leurs attributions sont définies à l'article 11 du présent règlement.

ROLES ET ATTRIBUTIONS DES MEMBRES

Article 11 :-

La présidente : elle est le 1^{er} responsable de l'association et la garante des statuts et règlement intérieur ; il représente juridiquement l'association. Elle veille au respect strict des textes réglementaires et statutaires de l'organisation et l'exécution correcte du programme d'activités approuvé en A.G. ; elle préside les réunions du bureau et de l'Assemblée générale. Elle supervise l'organisation des dépenses, vise et signe les ordres financiers conjointement avec le Secrétaire Administratif et le Trésorier Général.

La Secrétaire générale : Elle veille sur la bonne marche du bureau et sous la responsabilité directe du Président, sur la bonne tenue des documents et archives divers de formation.. Il reçoit et traite les courriers à l'arrivée et au départ ; prépare les réunions et les assemblées générales ; s'informe régulièrement sur tous les faits ou événements d'ordre juridique, administratif ou économique susceptible de s'exercer sur les activités pérennes ou futures. Il remplace la présidente en cas d'absence ou d'empêchement dans l'exercice de ses fonctions.

La Secrétaire Administrative – Il est le pivot de l'Association. En conséquence, il est Le rapporteur général des sessions du bureau Exécutif et de l'Assemblée Générale. Il oriente le travail du bureau conformément aux instructions et aux décisions du Président et de l'Assemblée Générale. Il est chargé de l'instauration au sein de l'association d'un climat serein. Il tient les procès-verbaux de réunion qu'elle vérifie et classe. Il est le dépositaire des documents et des archives. Il rédige les correspondances du bureau. Il est assisté d'un adjoint qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

La Secrétaire aux relations extérieures : Il entretient les rapports avec les autres associations de la place et guide l'association dans le chemin de la réussite.

La Trésorière Générale : il garde les fonds de l'association. Il récupère les cotisations, tient la comptabilité de l'association et pour cela, il doit être au courant de tous les mouvements de la caisse. Il est assisté par un adjoint qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Les fonds ne doivent pas dépasser cinquante mille (50.000) francs à son niveau. Il est tenu de faire un dépôt en banque chaque fois que les fonds de l'association dépassent la somme citée. En cas d'absence, il est représenté par son adjoint.

Les Secrétaires à l'Organisation : (2) ils sont chargés des questions d'organisation, de mobilisation, de sensibilisation et d'information des membres de l'association.

Les Commissaire aux Comptes : (2) ils sont chargés de la vérification de la caisse de l'association à tout moment.

Les Commissaires aux conflits : (2) Ils assurent la paix et la quiétude au sein de l'Association. Ils règlent les différends pouvant opposer les membres de l'Association. Ils sont au nombre de deux (2).

Article 12.- La discipline est de rigueur au sein de L'Association de Santé Communautaire de Fôh. Tout cas d'indiscipline sera sanctionné avec la dernière rigueur conformément aux dispositions des statuts et règlement.

La nature de la faute est déterminée par les statuts et règlement, le cas échéant par l'assemblée générale. Dans tous les cas, les sanctions vont du blâme à la suspension temporaire.

Article 13 :- Les frais d'adhésion sont fixés par le statut. Ils sont non remboursables et ne portent pas d'intérêt. Ils sont les mêmes pour toutes. La cotisation mensuelle par membre est fixée par le statut.

Article 14 :- Avant toute procédure judiciaire contre un membre, il sera d'abord procédé à un règlement à l'amiable et si cette solution ne porte pas ses fruits, les autorités compétentes seront saisies.

Article 15.- Tout bien L'Association de Santé Communautaire de Fôh doit faire l'objet d'une immatriculation.

Article 16 :- Tous les types de comptes sont soumis à une double signature du président et du trésorier. Le cas échéant de celles du secrétaire général et du trésorier général adjoint.

Article 17 :- L'assemblée générale se réunit tous les six mois, soit deux fois par an. Le comité de gestion se réunit tous les mois, au moins une fois.

Article 18:- Un procès-verbal est dressé à la réunion des membres de l'association.

Article 19 :- Lors des différentes réunions, l'association peut inviter d'autres structures à venir assister aux débats. Toutefois, ces structures ont seulement une voix consultative. Aussi l'association peut faire appel à un service extérieur pour l'exécution d'un travail dans l'intérêt de l'association.

Article 20 :- Tout comportement non conforme à l'esprit associatif est considéré comme faute.

Article 21 :- Le règlement intérieur complète le statut en vue d'améliorer son contenu. Ainsi tous les cas non prévus ici trouveront leurs solutions dans la loi n°04-038 du 5 Août 2004 régissant les associations en République du Mali. /.-

LU ET ADOPTE EN ASSEMBLEE GENERALE

Association de Haute Fidi
Sikasso 08. 10. 2010
Calixte TRAORE
Administrateur Civil

Certifié conforme à l'original
Sikasso 08. 10. 2010
Calixte TRAORE
Administrateur Civil

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DAKOUO

Prénom : Ouroubè Gilles

TITRE : Contribution à l'élaboration d'un plan communal de développement sanitaire : exemple de la commune rurale de Kourouma (Cercle de Sikasso)

Année académique : 2013-2014

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako, Mali.

Secteurs d'intérêt : Santé Publique

Adresse E-mail : ouroubegillesdakouo@yahoo.fr

RESUME :

Cette thèse s'inscrit dans le cadre de la recherche sur le management des systèmes de santé. Elle conduit à la formulation d'un plan communal de développement sanitaire, devant mettre à la disposition des maires et professionnels de santé des formations sanitaires de première ligne et un premier document de référence pour élaborer celui de leur commune.

Elle concerne la commune de Kourouma dans le cercle de Sikasso où travaille avec succès le même médecin de campagne depuis 23 ans. Elle devra permettre à toute commune qui le souhaite d'y trouver l'exemple nécessaire à l'élaboration de son propre plan.

Après avoir procédé à l'état des lieux, elle a poursuivi le processus de planification en passant par ses différentes étapes que sont successivement le choix des priorités, la formulation des buts et des objectifs, la présentation des stratégies, les modalités de mise en œuvre et l'identification des moyens nécessaires. Elle a débouché sur une étude de faisabilité basée sur une simulation des comptes réalisée grâce à un logiciel approprié, aboutissant à la présentation du compte prévisionnel de résultats et des coûts unitaires de production des soins.

Cet outil utilisable par tout planificateur sanitaire a permis d'estimer qu'au cours des 5 ans du futur PRODESS 2014-2018, le coût annuel des activités retenues passera dans le plan de 87 à 152 millions de FCFA, tous programmes et toutes charges confondus, tandis que le montant des subventions devant être versées pour assurer l'indispensable équilibre des comptes des CSCOM passera de 42 à 73 millions de FCFA, soit entre 48 % et 52 % du coût total. Rapporté à la population de la commune de Kourouma qui est actuellement de 16 500 habitants, ce coût passera alors de 5 000 à 7 700 FCFA par personne et par an, soit entre 21% et 27 % de l'ensemble des dépenses de santé par habitant et par an du Mali.

Ce travail a permis de mettre un accent particuliers sur (i) les difficultés rencontrées pour obtenir les données nécessaires à la réalisation d'un état des lieux complet, dont dépend la qualité du processus de planification, (ii) la nécessité pour l'Etat de formuler de façon claire, exhaustive et précise la stratégie générale et les différentes stratégies spécifiques devant être mises en œuvre dans l'ensemble du pays, et notamment au niveau le plus périphérique, afin de donner aux directeurs des CSCOM les indicateurs nécessaires à l'élaboration de leur plan, (iii) l'importance des subventions, qui doivent être attribuées à chaque CSCOM dans le cadre de la contractualisation. Elles permettront non seulement l'atteinte des objectifs fixés, mais aussi d'introduire les principes de l'intéressement aux résultats, mesure essentielle pour y parvenir.

MOT CLES : plan communal, développement sanitaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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