

## DECENTRALISATION DE LA SANTE ET SYSTEME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE : L'EXPERIENCE DE LA COMMUNE DE ZEGOUA (DISTRICT DE KADIOLO, REGION DE SIKASSO, MALI).

Bakary Traoré <sup>(1)</sup>, Yaya Coulibaly <sup>(3)</sup>, Mama Tangara <sup>(1)</sup>, Dramane Traoré <sup>(2)</sup>, Aliou Kayo <sup>(4)</sup>, Mamoutou Diarra <sup>(5)</sup>, Sergio Giani <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Centre de Santé de Référence, Kadiolo ; <sup>(2)</sup> Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire, Kadiolo ; <sup>(3)</sup> Centre de Santé Communautaire de Zégoua ; <sup>(4)</sup> Groupe Pivot Santé et Population, Bamako ; <sup>(5)</sup> Aidemet Ong, Bamako.

**Correspondance à adresser :** Dr Sergio Giani, Aidemet Ong – BP 9279 Bamako (Mali) E-mail : [aidemet@afribone.net.ml](mailto:aidemet@afribone.net.ml) Site web : [www.aidemet.org](http://www.aidemet.org)

### RESUME.

**Buts.** L'objectif de la recherche, menée dans le cadre du projet "Rapprochement des soins de santé aux populations de la Commune de Zégoua", était le renforcement du SLIS et son adaptation au contexte de la décentralisation.

**Méthodologie.** La recherche prévoyait la collecte décentralisée et l'analyse informatisée des données de santé (moderne et traditionnelle) et la présentation des principaux indicateurs sous forme de graphique aux autorités locales, à support des prises de décision.

**Résultats.** L'analyse des données des années 2006-2008 a permis de constater : l'augmentation du taux de Consultations Curatives de 0,24 à 0,40 ; l'attente de la couverture universelle en Consultations Pré-Natales et en Accouchements Assistés ; 86,12% de couverture en Consultations Post-Natales. Pour l'année 2008, l'évolution des indicateurs essentiels par mois a été présentée aux autorités locales; les données ont été aussi désagrégées par village. L'analyse des données financières a permis de dresser le bilan du CSCoM Polycentrique de Zégoua et de suivre l'évolution du capital en médicaments essentiels. Concernant la Médecine Traditionnelle, il a été recensé un tradithérapeute pour 236 habitants. La moyenne des consultations par tradithérapeute a été de 277 patients par mois. La disponibilité d'informations essentielles présentées en forme bien compréhensible a permis aux autorités locales d'identifier et de localiser les problèmes de santé et de prendre ainsi des décisions ciblées à temps opportun.

**Conclusion.** Ces résultats démontrent l'importance du renforcement du SLIS et de son adaptation au contexte de la décentralisation, dans le cadre de la consolidation des systèmes locaux de santé.

**Mots clé :** Système Local d'Information Sanitaire, décentralisation de la santé, prise de décision, Zégoua, Mali.

### ABSTRACT

**Goals.** In the frame of the project "Bringing the healthcare near to the people of Municipality of Zegoua" one goal was the strengthening of SLIS and its adaptation to the context of decentralization.

**Methodology.** The research included the decentralized collection and analysis of health data (modern and traditional) and the presentation of key indicators in graphical form to local authorities, to support decision making.

**Results.** The analysis of data from 2006-2008 found: the increase in Curative Consultation from 0.24 to 0.40; achieving universal coverage in Pre-Natal Consultations and Assisted Deliveries, 86.12% coverage in Post-Natal Consultations. For 2008, the evolution of key indicators for month was presented to local authorities and the data were also disaggregated by village. The analysis of financial data allowed to draw up the balance of the Zégoua Polycentric CHCs, and to monitor the capital of essential drugs. About Traditional Medicine, it was identified one traditional healer for 236 inhabitants. The average was 277 patients per month. The first cause of consultation was malaria. The availability of essential information presented in an understandable form has enabled local authorities to identify and locate health problems, and to take timely targeted decisions.

**Conclusion.** These results demonstrate the importance of strengthening the SLIS and of its adaptation to the context of decentralization, as part of the consolidation of local health systems.

**Keywords:** Local Health Information System, decentralization of health, decision making, Zégoua, Mali.

### INTRODUCTION

Au Mali, le niveau des indicateurs de santé reste préoccupant, en particulier concernant la santé maternelle et infantile. En 2006, le taux de la mortalité maternelle était de 464 sur 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité infantile de 94‰ [1]. Le défi posé aux divers acteurs en matière de santé communale est de travailler ensemble, de façon effective et efficace, afin d'offrir une santé publique appropriée aux besoins locaux, y compris à

ceux des groupes les plus vulnérables. Au Mali, à la suite de l'émergence des communes en 1999 et à l'adoption de la Loi d'orientation de la santé en 2002 [2], celles-ci se sont vues confier la responsabilité de certains services de base, notamment la santé [3]; ce qui a demandé une redéfinition des rôles et des responsabilités, notamment entre les collectivités territoriales, le Ministère de la Santé et les associations de santé communautaire (ASaCo) [4]. Etant donné que

les représentants communaux ont été progressivement impliqués dans la gestion de la santé, il devenait nécessaire que chacun puisse disposer à temps d'informations appropriées, accessibles et compréhensibles, concernant les priorités de santé et d'en suivre l'évolution, ce qui leur permettrait de prendre des décisions en connaissance de cause [5].

Le projet "Rapprochement des soins de santé aux populations de la Commune de Zégoua"[6], financé par l'Agence Française de Développement à travers le Programme Concerté Santé Mali - 2<sup>e</sup> Phase, s'inscrivait dans le cadre de l'accompagnement de la décentralisation administrative et sanitaire. Le but du Projet était de rendre disponible une offre rapprochée de soins de santé de qualité aux populations bénéficiaires, tout en valorisant les investissements effectués par la Mairie dans le domaine des infrastructures sanitaires déconcentrées. Les activités, qui ont débuté en septembre 2007 et qui ont pris fin en mars 2009, ont été menées par l'Ong Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle (*Aidemet* Ong), en partenariat avec la Mairie et l'ASaCo de Zégoua. La réflexion et les actions ont été menées en synergie avec l'équipe technique du Service Socio-Sanitaire du Cercle de Kadiolo et avec les autres Projets et programmes agissant sur le terrain, notamment le Partenariat Santé et Développement Social (Coopération Suisse) et *Keneya Ciwara* (USAID). Le Projet se proposait d'améliorer l'état de santé des populations, avec l'accent sur les femmes et les enfants, par l'accompagnement de la mise en œuvre d'un Centre de Santé Communautaire (CSCoM) Polycentrique géré par une seule ASaCo, avec un centre de soins principal à Zégoua et deux centres de soins déconcentrés à Fanidiama et Katélé.

Dans ce cadre, il a été choisi d'approfondir la réflexion et l'expérimentation sur le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) et son adaptation au contexte de la décentralisation. Il s'agissait, d'une part, de pouvoir mesurer l'impact des actions menées dans le cadre du Projet sur l'accès rapproché des populations à des services de santé de qualité et, d'autre part, de permettre aux acteurs locaux de prendre les bonnes décisions au bon moment, concernant le développement sanitaire et l'amélioration de la santé des populations de la Commune [7]. C'est ainsi qu'il a été décidé d'expérimenter la collecte décentralisée, la saisie et l'analyse informatisée des données de santé au niveau local et la présentation de l'évolution des principaux indicateurs techniques et financiers de santé sous forme de graphiques aux acteurs locaux, pour supporter des prises de décision plus cohérentes et efficaces.

Il était par ailleurs évident au niveau de la

Commune de Zégoua, comme du reste partout au Mali, que la majorité des populations s'adressait en priorité aux acteurs de la médecine traditionnelle. Pour cela, il a été jugé indispensable de faire en sorte que le SLIS puisse prendre en compte au moins certains données de la médecine traditionnelle.

## MÉTHODE

La méthodologie d'intervention du Projet, qui a été conçue dans une logique de recherche-action [8] avec l'implication des acteurs locaux, était basée sur les principes de l'échange dynamique et de la communication interculturelle, avec une attention particulière aux aspects de genre.

En ce qui concerne la recherche sur le renforcement SLIS, qui est présentée dans cet article, la méthodologie utilisée prévoyait les phases suivantes : (i) Mise en place et animation d'un cadre de concertation communale, avec la participation de tous les acteurs locaux de la santé ; (ii) Choix des indicateurs à fournir à la Mairie et aux acteurs locaux ; (iii) Constitution d'une base de données alimentée par les données des Rapports Trimestriels du CSCoM de Zégoua pour la période 2006-2008, c'est-à-dire de l'année précédant le début du Projet à l'année de conclusion du Projet ; (iv) Collecte participative des données de santé de la Commune de Zégoua pour l'année 2008 par mois et par village avec des outils préparés *ad hoc*, avec l'implication des acteurs locaux.

Sur la base des concertations avec les acteurs locaux, la collecte et l'analyse ont concerné l'accès des populations aux soins de santé, les taux des Consultations Curatives (CC), des Consultations Pré-Natales (CPN), d'Accouchements Assistés (AA) et de Consultations Post-Natales (CPON).

Pour les données financières, la collecte et l'analyse ont concerné le bilan du CSCoM Polycentrique de Zégoua de l'année 2008, les recettes des Consultations Curatives et l'Indice du Capital en Médicaments Essentiels. Pour ce qui concerne les données de la Médecine Traditionnelle, la méthodologie utilisée prévoyait les phases suivantes : (i) Recensement autogéré des Thérapeutes Traditionnels opérant dans tous les villages de la Commune de Zégoua. Le recensement a été effectué par l'Associations locale des Thérapeutes Traditionnels, avec le support logistique du Projet ; (ii) Expérimentation de la collecte des données de consultation auprès de dix thérapeutes traditionnels choisis avec l'implication de l'Association locale, avec des outils préparés *ad hoc* en langue *bamanan*, pendant le premier trimestre 2009.

Les analyses des données ont été effectuées localement sur des Work Book Excel spécialement préparés. Pour une

compréhension plus facile, les résultats des analyses ont été présentés sous forme de graphiques aux autorités communales et aux acteurs locaux.

## RÉSULTATS

**1. L'accessibilité géographique aux soins.** Le tableau n° 1 montre l'évolution de la distance de la population d'un Centre de Soins fonctionnel, de 2007 à 2008. La mise en œuvre du CSCom Polycentrique a permis d'améliorer considérablement l'accessibilité géographique aux soins : en 2008, 83,97% de la population réside entre 0 et 5 Km d'un Centre de Soins fonctionnel, contre 53,7% en 2007. Désormais, personne, dans la Commune de Zégoua, n'est à plus de 15 Km d'un Centre de Soins fonctionnel.

## 2. Les données des Rapports Trimestriels SLIS du CSCom de Zégoua pour la période 2006-2008 :

**2.1 Les Consultations Curatives :** Le Taux de CC de l'année 2006 à l'année 2008 est passé en moyenne de 0,24 à 0,40 nouvelles consultations par habitant et par an. A noter une diminution de la fréquentation autour du premier trimestre de chaque année.

### 2.2 Les Consultations Pré-Natales.

Le Taux de CPN est passé en moyenne de 92,47% des grossesses prévues en 2006 à 115,76% en 2008. A noter d'importantes variations trimestrielles à partir de 2007, avec des pics pendant le quatrième trimestre, et une légère inflexion de la moyenne en 2008 par rapport à l'année 2007. Le taux supérieur à 100% est dû à la sous-estimation de la population de l'aire et à la présence de populations migrantes sur la zone frontalière avec la RCI.

### 2.3 Les Accouchements Assistés.

Le Taux d'AA est passé en moyenne de 65,70% des accouchements prévus en 2006 à 104,49% en 2008, avec un pic pendant le premier trimestre 2008.

### 2.4 Consultations Post-Natales.

Le Taux de CPON est passé en moyenne de 65,70% des accouchements prévus en 2006 à 86,12% en 2008. Il est à noter que dans le quatrième trimestre de chaque année il y a un pic négatif.

## 3. Les données techniques et financières de l'année 2008.

**3.1 Données techniques :** Dans les paragraphes suivants, nous présentons les données des activités de l'année 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua. Elles sont présentées par mois, pour mieux comprendre les tendances en cours, et par village, pour localiser des éventuels problèmes et donner aux décideurs locaux la possibilité de prendre des décisions ciblées.

### 3.1.1 Consultation Curative :

#### a) Par mois.

L'évolution du Taux de CC de l'année 2008 par mois a montré que, même si l'objectif de 0,40 consultations par habitant et par an est en moyenne atteint, pendant les mois de janvier et décembre les taux sont inférieurs à 0,30.

#### b) Par village.

La figure n° 1 montre le Taux de CC de l'année 2008 désagrégé par village. Il est évident que derrière le taux moyen de 0,40, mis en évidence par la ligne horizontale, se cachent des différences importantes, qui méritent des réflexions approfondies et des actions ciblées : six villages de la commune sur neuf avaient un taux égal ou inférieur à 0,22 !

### 3.1.2 Consultations Pré-Natales.

#### a) Par mois.

L'évolution du Taux de CPN de l'année 2008 par mois a montré un minimum pendant le mois d'août, avec une tendance marquée à la hausse pendant les mois de septembre, octobre, novembre et une légère baisse en décembre. La moyenne de l'année est de 114% des grossesses attendues. Les taux de CPN supérieurs à 100% ont mis en évidence la non maîtrise de la population cible. Les taux de CPN ne suivaient pas la même évolution des taux de CC.

#### b) Par village.

La figure n° 2 montre le Taux de CPN de l'année 2008 désagrégé par village. La ligne horizontale montre l'objectif visé, soit 90% des grossesses attendues. Les Taux de CPN présentaient un minimum de 53% à Zampédougou et un maximum de 147% à Nassoulou. Il est à noter que les taux de CPN par village suivaient plus ou moins la même évolution que les taux de CC, sauf à Fanidiama, avec un taux de CC de 22% et un taux de CPN de 129%.

### 3.1.3 Accouchements assistés :

**a) Par mois :** Pendant l'année 2008, le taux d'AA était en moyenne de 104%, avec un minimum pendant le mois d'août et des pics pendant les mois de février, avril et juillet. Pendant les derniers mois de l'année 2008 les taux étaient inférieurs à l'objectif, qui était de 90% des accouchements attendus.

**b) Par village :** La figure n° 3 présente le Taux d'AA de l'année 2008 désagrégé par village. L'analyse des données montre que la moyenne de 104% cachait des différences importantes, qui ont mérité des réflexions approfondies et des actions ciblées : quatre villages sur neuf avaient un taux l'AA inférieur à l'objectif, montré par la ligne horizontale.

Par ailleurs, si Katioloni montrait un faible taux, que ce soit de CC ou d'AA, Fanidiama et Zampédougou, qui avaient un très faible taux de CC, montraient par contre des taux d'AA très élevés, supérieurs à 100%.

### 3.1.4 Consultations Post-Natales :

**a) Par mois :** La moyenne du taux de CPON pour l'année 2008 était de 86%. L'évolution du

taux par mois montre qu'à partir du mois de septembre les taux étaient inférieurs à l'objectif, qui était de 70%. L'évolution des taux de CPON par mois semblait suivre l'évolution des accouchements assistés. Le mois où le taux était le plus élevé est avril ; le minimum a été enregistré à octobre.

## b) Par village.

La figure n° 4 montre le Taux de CPON de l'année 2008 désagrégé par village. La moyenne pour l'année 2008 était de 86%, avec un minimum de 39% à Katioloni et un maximum de 118% à Nassoulou.

Deux villages sur neuf ont un taux inférieur à l'objectif de 70%, montré par la ligne horizontale.

## 3.2 Données financières :

3.2.1 **Bilan 2008 :** Les tableaux n° 2 et 3 présentent le bilan 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua, qui est équilibré. Le chiffre d'affaires s'élevait, en 2008, en ressources et emplois, à 42.469.915 F CFA avec un actif de 1.618.125 F CFA.

Les ressources du CSCom Polycentrique de Zégoua sont constituées pour 77% de la vente des médicaments, tandis que les ressources provenant de la vente des cartes et des cotisations ne représentent que 4%. Ces ressources provenaient pour 74% du Centre de Soins de Zégoua.

3.2.2 **Recettes de la tarification par mois et par Centre de Soins :** Les paragraphes suivants présentent l'évolution par mois des recettes provenant de la tarification des différentes prestations au cours de l'année 2008. Les données sont désagrégées par Centre de Soins.

a) **Fanidiama :** Les recettes par mois du Centre de Soins de Fanidiama pour l'année 2008 varient entre 45.500 F CFA au mois de juillet et 181.500 F CFA au mois de décembre, avec une moyenne par mois de 82.417 F CFA. A noter des grandes différences d'un mois à l'autre.

b) **Katélé :** Les recettes par mois du Centre de Soins de Katélé pour l'année 2008 varient entre 45.000 F CFA au mois d'avril et 91.000 F CFA au mois de septembre, avec une moyenne par mois de 66.667 F CFA.

c) **Zégoua :** Les recettes par mois du Centre de Soins de Zégoua pour l'année 2008 varient entre 396.500 au mois d'août et 660.000 au mois de décembre, avec une moyenne par mois de 530.375 F CFA.

3.2.3 **Capital en médicaments essentiels par mois et par Centre de Soins :** Les paragraphes suivants présentent l'évolution par mois de l'indice du capital en ME des Dépôt de Vente des trois Centres de Soins pour l'année 2008.

a) **Fanidiama :** La figure n° 5 montre l'évolution par mois de l'indice du Capital en ME par mois du Centre de Soins de Fanidiama pour l'année 2008. La ligne horizontale montre l'équilibre par rapport au capital initial. Le capital en

médicaments du Dépôt de Vente du Centre de Soins de Fanidiama est passé de 1.138.212 F CFA en début d'année à 1.465.534 en fin d'année. Cependant, l'évolution de l'indice par mois a montré une baisse préoccupante à partir du mois d'avril, avec la perte d'environ 18% du capital initial. Cette tendance à la baisse a été corrigée à partir du mois d'août.

b) **Katélé :** Le capital en médicaments du DV du Centre de Soins de Katélé pendant l'année 2008 est passé de 1.170.985 F CFA en début d'année à 2.299.459 F CFA en fin d'année. L'évolution de l'indice a été positive pendant toute l'année.

c) **Zégoua :** Le capital en médicaments du Dépôt de Vente du Centre de Soins de Zégoua est passé pendant l'année 2008 de 12.375.230 F CFA en début d'année à 14.004.156 en fin d'année. L'évolution de l'indice est orientée à la hausse à partir du mois de février, avec une légère baisse pendant le mois de décembre.

## 4. Les données de la Médecine

**Traditionnelle :** Dans les paragraphes suivants, nous montrons les données des activités de médecine traditionnelle, qui ont été collectées et analysées dans le cadre du Projet. Au total, dans la Commune de Zégoua ont été recensés 104 Tradithérapeutes, dont 31 % étaient de femmes. 50% des tradithérapeutes recensés adhéraient à l'Association de Zégoua.

4.1 **Les Tradithérapeutes de la Commune de Zégoua par village :** La figure n° 6 montre le nombre d'habitants par tradithérapeute des villages de la Commune de Zégoua. Le village qui présente le nombre de tradithérapeutes le plus élevé par rapport au nombre d'habitants est Zampédougou, avec un tradithérapeute pour 37 habitants. Le nombre de tradithérapeutes le moins élevé a été relevé à Zégoua et à Katélé avec des ratios respectivement d'un tradithérapeute chaque 356 et 334 habitants. En moyenne, dans la Commune de Zégoua, il y a un tradithérapeute pour 236 habitants.

4.2 **Les consultations auprès des tradithérapeutes :** Pendant le premier trimestre 2009, les dix tradithérapeutes qui ont participé à collecte expérimentale des données ont été consultés en total par 830 patients, avec une moyenne de 277 patients par mois. 52 % patients étaient des femmes. 46% étaient des personnes adultes, 25% des bébés et 29% enfants.

La figure n° 7 montre l'incidence des maladies diagnostiquées : la première cause de consultation a été le paludisme, avec 17% des cas, suivi des douleurs gastriques (14%), de la diarrhée (9%) et de la dysménorrhée (8%). Les maladies d'origine surnaturelle ou de correspondance incertaine avec la médecine moderne ont été comptabilisées dans "autres" et ont totalisé le 19%.

4.3 **Les décisions prises par les autorités locales**

**sur la base des informations reçues :** Nous citons, dans le paragraphe suivant, les premières décisions prises par les autorités communales sur la base des données collectées et analysées localement et mises à leur disposition sous forme de graphiques, pour qu'elles soient bien compréhensibles.

- (i) L'amélioration des indicateurs de couverture et des activités curatives, ainsi que la constatation que les ressources financières du CSCoM Polycentrique provenaient pour 74% du Centre de Soins de Zégoua, a retardé l'hypothèse d'éclatement de l'espace communal en trois aires de santé avec trois CSCoM et a convaincu les autorités communales à s'engager dans la mise en œuvre d'un CSCoM Polycentrique, avec trois centres de soins gérés par une seule ASaCo. Ce type d'organisation sera privilégié jusqu'au moment où les trois centres pourront assurer leur fonctionnement autonome.
- (ii) Sur la base des difficultés d'accès aux soins dans les périodes de soudure mises en exergue entre autres par l'analyse des données mensuelles de prestation des services, les autorités communales et les équipes socio-sanitaires ont décidé d'organiser des activités villageoises de concertation, de sensibilisations et d'animation, en utilisant les informations reçues et en les partageant avec les autres acteurs locaux, en vue de redynamiser la mutuelle de santé existante et d'élargir le champ d'action des caisses de solidarité des groupements des femmes à la prise en charge des consultations curatives, en plus des activités préventives (CPN, AA, CPON, vaccinations et Suivi Préventif de l'Enfant). D'autres décisions ont été prises grâce à la disponibilité des données désagrégées par village. Entre autres :
  - (i) Sur la base du constat que le taux de CC était compris entre 0,08 et 0,19 à Zampédougou, Katioloni, Ziangoloougou et Kalibéné (Fig. 1), taux très bas par rapport à la moyenne de la Commune qui était de 0,40, l'ASaCo et les autorités locales ont décidé de réaliser des missions ciblées d'animation et de concertation pour discuter avec les autorités traditionnelles et les populations afin de déterminer les causes de ce problème et d'identifier et de mettre en œuvre des solutions appropriées et partagées.
  - (ii) Sur la base du constat que le taux d'AA à Katioloni et à Kalibéné était inférieur ou égal à 50% (Fig. 3), tandis que la moyenne de la Commune était supérieure à 100%, lors de l'atelier d'auto-évaluation des AT d'octobre 2008 la question a été posée et discutée entre les équipes du CSRéf et du CSCoM, les autorités communales et les AT desdites localités, en les sensibilisant à l'importance des AA pour la prévention de la mortalité maternelle et néonatale.
- (iii) Sur la base du constat qu'à Fanidiamia le taux de CC était de 0,22 consultations par habitant et par an, tandis que le taux de AA était de 139% (Fig. 1 et 3), l'ASaCo et les autorités communales ont constaté la présence, à quelques kilomètres, au Burkina Faso, d'un Centre de Santé Professionnel qui attirait les patients de Fanidiamia en assurant la gratuité de certains médicaments prescrits. Par ailleurs, la qualité et l'accessibilité financière de la prise en charge des accouchements amenaient des femmes des villages frontalières du Burkina à accoucher à Fanidiamia. C'est pour cela qu'une sensibilisation particulière a été réalisée à l'intention de la population, pour qu'elle s'approprie du centre de santé qui lui appartient. Il a été aussi demandé à l'équipe de santé de Fanidiamia d'améliorer d'avantage la qualité de l'accueil.
- (iv) L'analyse des données de gestion du CSCoM de Zégoua a permis aux responsables locaux de se rendre compte que les ressources étaient constituées pour 77% de la vente des médicaments, tandis que la vente de cartes et les cotisations ne représentaient que 4%. Ce constat a amené l'ASaCo à s'engager dans une campagne de sensibilisation auprès chefs de ménages et les responsables des coopératives villageois dans le but d'améliorer la mobilisation des ressources locales.
- (v) Le suivi de l'évolution de l'indice du capital en ME a permis de relever rapidement, au niveau du DV de Fanidiamia (Fig. 5), une baisse préoccupante à partir du mois d'avril 2008, avec la perte d'environ 18% du capital initial. Cette tendance à la baisse a été rapidement corrigée grâce aux décisions prises localement, notamment une dotation supplémentaire en médicaments essentiels et un suivi rapproché de la gestion du DV effectué par l'ASaCo et par les équipes techniques du CSCoM et du CSRéf. C'est ainsi qu'il a été décidé d'instaurer l'auto-inventaire mensuel des médicaments, effectué par les Commissaires aux Comptes de l'ASaCo.
- (vi) La disponibilité de données sur les activités de médecine traditionnelle dans la commune et l'efficacité de l'implication des accoucheuses traditionnelles dans la détection et la référence des cas d'accouchement à risque a changé la perception de l'importance de la médecine traditionnelle pour la santé des populations. C'est ainsi que les autorités communales ont décidé de prévoir, dans le Programme de Développement Economique, Social et Culturel et dans le Plan Opérationnel Santé 2009 de la Commune, des activités de renforcement de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine

traditionnelle, pour une meilleure prise en charge des problèmes prioritaires de santé, notamment la promotion de la santé maternelle et infantile et la lutte contre le paludisme.

## ANALYSES ET DISCUSSIONS

L'information sanitaire est essentielle au bon fonctionnement des systèmes de santé. Dans le cadre des réformes du secteur de la santé et de la décentralisation, les systèmes de santé sont gérés au plus près de la prestation des services. Le transfert des fonctions du niveau central aux niveaux périphériques a créé de nouveaux besoins, en exigeant une profonde restructuration des systèmes d'information. Les impératifs en matière de recueil, de traitement, d'analyse et de diffusion des données ne sont plus les mêmes. Pour renforcer un système d'information sanitaire, il est essentiel de mettre en contact ceux qui produisent les données avec ceux qui les utilisent, les personnes qui dispensent les soins et celles chargées de la prise de décision et de la gestion, ainsi que de la planification et du financement des programmes de santé. Les divers utilisateurs ont besoin de données plus ou moins détaillées ou plus ou moins spécifiques sur le plan technique. Un bon système d'information sanitaire doit permettre de présenter et de diffuser des données sous une forme adaptée aux différents utilisateurs, mais aussi de les utiliser pour créer des connaissances pratiques [9]. Les performances d'un tel système devraient donc être mesurées non seulement sur la base de la qualité des informations produites, mais aussi sur la preuve d'un usage continu de ces informations pour l'amélioration des activités sanitaires et de l'état de santé des populations concernées [10]. Dans les pays en voie de développement plus qu'ailleurs, un système d'information sanitaire efficace est une nécessité vitale, pour mettre l'accent sur le volet prévention et pour faire un bon suivi des différentes composantes des soins de santé primaires [11]. Cependant, il y a un énorme vide dans la littérature de la santé, concernant les concepts et les expériences de développement des systèmes d'information sanitaire, déjà au niveau national, mais encore plus au niveau local. Des bonnes prises de décisions sont des préalables pour améliorer l'efficacité et l'efficacé des systèmes de santé. Mais il ne peut pas avoir une bonne prise de décision sans la bonne information au bon moment [12].

La présente recherche s'inscrit dans cette logique : l'idée était de travailler avec une approche systémique sur le renforcement du système local de santé et d'utiliser les données collectées et analysées localement non seulement pour mesurer l'impact des actions réalisées, mais aussi pour orienter les

décisions à prendre.

Les analyses des données du SLIS des années 2006, 2007 et 2008 nous ont permis d'affirmer que l'objectif principal du Projet, qui était le rapprochement des soins de santé aux utilisateurs de la commune de Zégoua a été substantiellement atteint : 83,97% de la population réside actuellement entre 0 et 5 Km d'un Centre de Soins fonctionnel. Personne dans la Commune de Zégoua n'est actuellement à plus de 15 Km d'un Centre de Soins fonctionnel.

L'augmentation du taux de CC de 0,24 de l'année 2006 à 0,40 nouvelles consultations par habitant et par an de l'année 2008 indique que les populations ont apprécié la qualité des services rendus par le personnel soignant.

L'implication des AT, en synergie avec les relais villageois, dans la détection précoce et la référence rapide des cas obstétricaux à risque a participé au renforcement du système de référence-évacuation. La mise à disposition de la moto-ambulance, montrée dans la photo n°1, permettra de résoudre le problème du transport des femmes en détresse des villages au CSCOM. La réhabilitation des maternités de Fanidiama et Katélé a contribué certainement à l'amélioration de la prise en charge des accouchements au niveau déconcentré. Toute cette mobilisation d'énergies et d'actions au tour de la promotion de la maternité à faible risque a permis d'atteindre la couverture pratiquement universelle en CPN et AA et 86,12% de couverture en CPON.

La présentation de l'évolution des principaux indicateurs techniques et financiers de santé sous forme de graphiques a abouti à leur compréhension immédiate par les acteurs locaux.

La présentation des données sanitaires de l'année 2008 par mois a permis de mieux suivre l'évolution des différents indicateurs et d'en lier les tendances aux difficultés économiques et sociales des communautés pendant les différentes périodes de l'année.

La désagrégation des données par village a permis aux autorités locales non seulement d'identifier à temps les problèmes, mais aussi de les localiser, permettant ainsi, pour la première fois, de programmer et de réaliser des interventions ciblées, décidées en fonction de la compréhension partagée d'analyses de données réalistes et fiables effectuées localement.

L'intégration expérimentale dans le SLIS de quelques données concernant la médecine traditionnelle, identifiées et collectées avec les acteurs locaux, peut porter une contribution de taille à la compréhension des problèmes locaux de santé et à la mobilisation de toutes les ressources disponibles pour y faire face. En effet, l'importance du système traditionnel de soins n'est plus à démontrer : en moyenne,

dans la Commune de Zégoua, il y avait un tradithérapeute pour 236 habitants. 31% des acteurs de la médecine traditionnelle recensés étaient des femmes, soit accoucheuses traditionnelles que guérisseuses. Cette donnée a mis en exergue l'importance des femmes dans le monde de la médecine traditionnelle au Mali, qui est généralement supposé être domaine exclusif des hommes. 50 % des acteurs de la médecine traditionnelle adhéraient à l'Association des tradithérapeutes de Zégoua. Même si cette donnée a confirmé l'importance de la dynamique associative des tradithérapeutes de la Commune, il est évident que des efforts restaient à faire pour atteindre la pleine représentativité de ladite Association.

Les dix tradithérapeutes qui ont participé à l'expérimentation ont été consultés en moyenne par 277 patients par mois. Cette donnée met davantage en exergue l'importance des activités de médecine traditionnelle dans la Commune de Zégoua. Etant donné que le nombre total de tradithérapeutes recensés est de 104, si cette moyenne serait confirmée par une collecte de données à une échelle plus large, il serait possible d'arriver à environ 2.800 consultations par mois et 33.600 par an, avec un taux de 1,4 contacts par habitant et par an !

La répartition des patients des tradithérapeutes par sexe et par classe d'âge semble confirmer que tout le monde s'adresse aux tradithérapeutes pour les soins de santé, sans barrières de genre et sans différences significatives par rapport aux classes d'âge.

## CONCLUSION

Les résultats de la recherche menée démontrent, à notre avis, la nécessité et l'importance du renforcement du SLIS et de son adaptation au contexte de la décentralisation. Il nous semble évident que la disponibilité des bonnes données au bon moment, permettant des prises de décisions plus rapides et ciblées, peut participer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des systèmes locaux de santé et, par conséquent, de l'état de santé des populations.

La prise en compte des activités des acteurs de la médecine traditionnelle dans le SLIS et leur implication dans les activités préventives et promotionnelles de santé peut contribuer à briser les barrières culturelles d'accès aux soins, tout en consolidant la collaboration entre les deux médecines. Nous espérons avoir ainsi donné une contribution spécifique à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adopté par le Gouvernement du Mali en 2005 [13].

Certes, il s'agit de résultats préliminaires qu'il faudra approfondir, avec des recherches sur des zones plus amples et différenciées et

d'analyses d'autres indicateurs, prenant en compte, entre autres, les déterminants sociaux et économiques de la santé et l'équité d'accès aux soins. Il faudrait aussi pouvoir travailler sur des périodes plus longues, surtout pour pouvoir mesurer l'impact du SLIS renforcé et adapté sur la qualité et l'efficacité des décisions prises.

Il faudra enfin élaborer sur la base des expériences menées des outils informatiques plus adaptés et faciles à utiliser par les acteurs locaux.

Nous pensons quand même que le modèle d'intervention que nous avons essayé d'expérimenter devrait être intégré davantage aux différentes réflexions et actions en cours au Mali sur la décentralisation effective des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et sur le renforcement des systèmes locaux de santé.

Par ailleurs, un SLIS renforcé et adapté devrait aussi assurer la transmission aux niveaux supérieurs des données plus fiables et réalistes, permettant ainsi des choix de politique sanitaire plus pertinentes et équitables.

## RÉFÉRENCES

1. EDMS IV, *Enquête démographique et de santé du Mali 2006*. CPS/DNSI et Macro International Inc, DHS, Calverton, Maryland (USA) 2006, 497 p.
2. Présidence de la République, Loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant *Loi d'orientation sur la Santé*, Bamako, juillet 2002.
3. Primature, Décret n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002 fixant les *Détails des Compétences Territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de Santé*, Bamako, juin 2002.
4. Présidence de la République, Décret n° 05-299/P-RM du 28 juin 2005 fixant les *conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCoM)*, Bamako, juin 2005.
5. Toonen J., Dao D., Hilhorst T., *Mali : Vers un système d'information essentielle sur le secteur de la santé pour les acteurs communaux (SIEC-S)*, SNV/Communicances, Bamako, mai 2007, 21 p.
6. Aidemet Ong, *Rapprochement des soins de santé aux populations de la commune de Zégoua*, Document de projet, PCSM 2, GP/SP, Bamako, mars 2007, 29 p.
7. Aidemet Ong, *Rapprochement des soins de santé aux populations de la commune de Zégoua*, Rapport d'exécution final, PCSM 2, GP/SP, Bamako, mai 2009, 34 p.
8. Grodos D. et Mercenier P., *La recherche sur les systèmes de santé : mieux comprendre pour mieux agir*, Studies in Health Services Organisation and Policy, ITG Press, Belgique,

- 14, 2000, 114 p.
9. OMS, *Systèmes d'information sanitaire à l'appui des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, OMS, Conseil Exécutif, 118<sup>e</sup> session, EB 118/16, mai 2006.
  10. Conférence ministérielle d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région Africaine, *Systèmes d'information sanitaire en Afrique : Ressources, indicateurs, gestion, diffusion et utilisation des données*, Alger 2008, 8 p.
  11. Kubwimana O., *Le système d'information sanitaire au Rwanda*, VII atelier du CISP Club, Annecy, France, 2004, 2 p.-  
<http://www.cispclub.org>.
  12. Lippeveld T., Sauerborn R. et Bodart C., *Design and Implementation of Health Information Systems*, WHO, Geneva, 2000, 270 p.
  13. MS/DMT/INRSP, *Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, Bamako, 2005, 35 p.

**Tableau n° 1 : Accessibilité aux Soins de Santé.**

Distance	Population 2007		Population 2008	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
0 à 5 Km	12 810	53,70 %	20 574	83,97%
+ de 5 à 15 Km	7 634	32,00 %	3 927	16,03%
+ de 15 Km	3 411	14,30 %	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>23 855</b>	<b>100,00 %</b>	<b>24 500</b>	<b>100,00 %</b>

Source : Notre élaboration sur les données du SILS 2007-2008

**Tableau n° 2 : Bilan 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua par rubrique.**

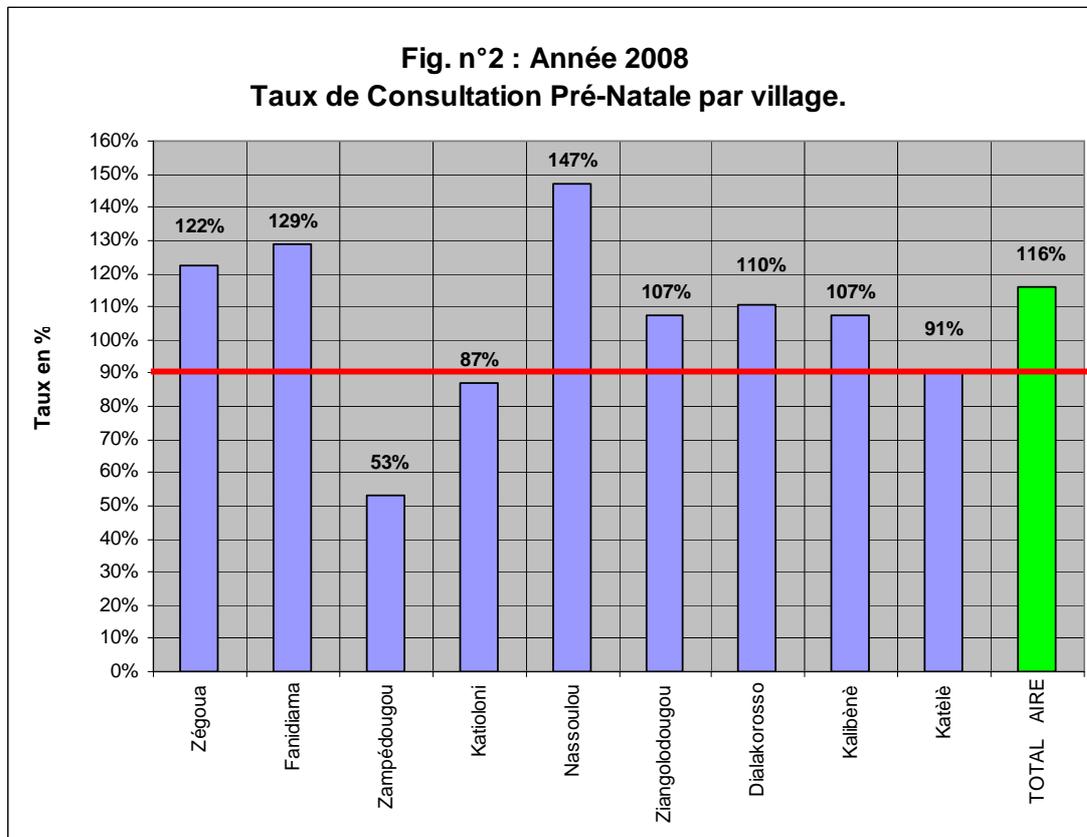
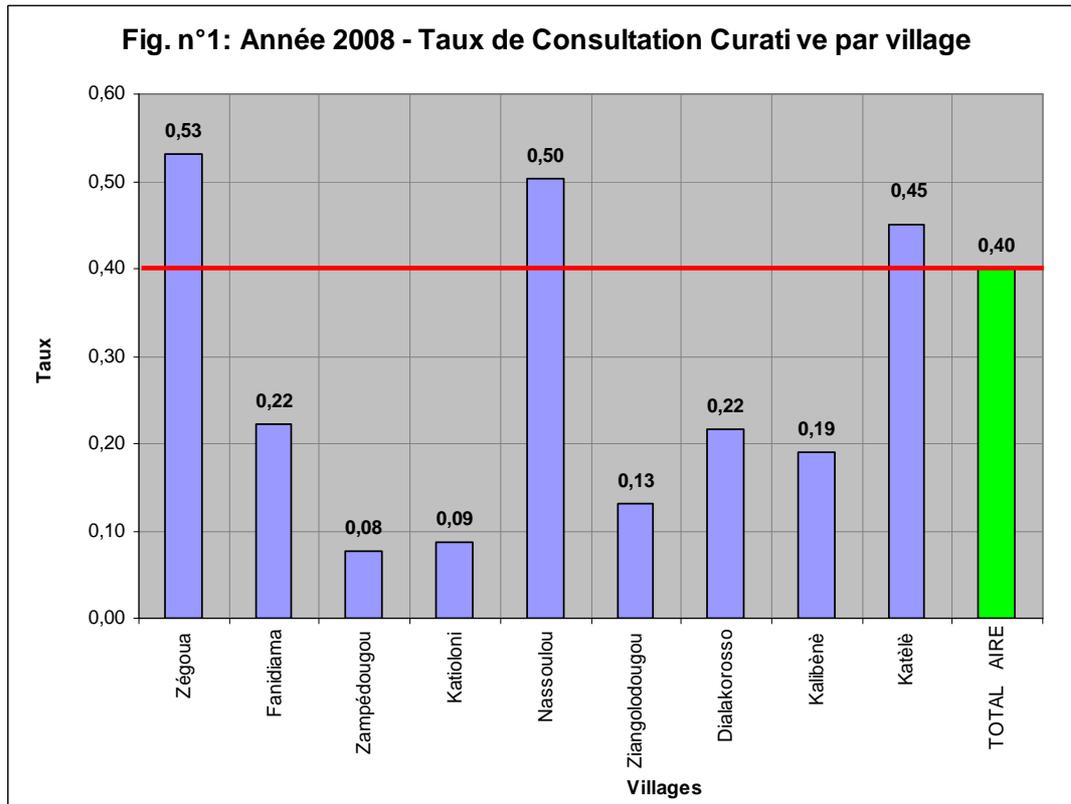
CSCom Polycentrique Zégoua 2008	Ressources	Emplois	Soldes
<b>Tarification</b>	8 153 500	8 039 195	114 305
<b>Cotisations</b>	1 671 615	1 471 415	200 200
<b>Médicaments</b>	32 644 800	31 341 180	1 303 620
<b>Total</b>	<b>42 469 915</b>	<b>40 851 790</b>	<b>1 618 125</b>
<b>Solde</b>	0	1 618 125	
<b>Totaux équilibrés</b>	<b>42 469 915</b>	<b>42 469 915</b>	

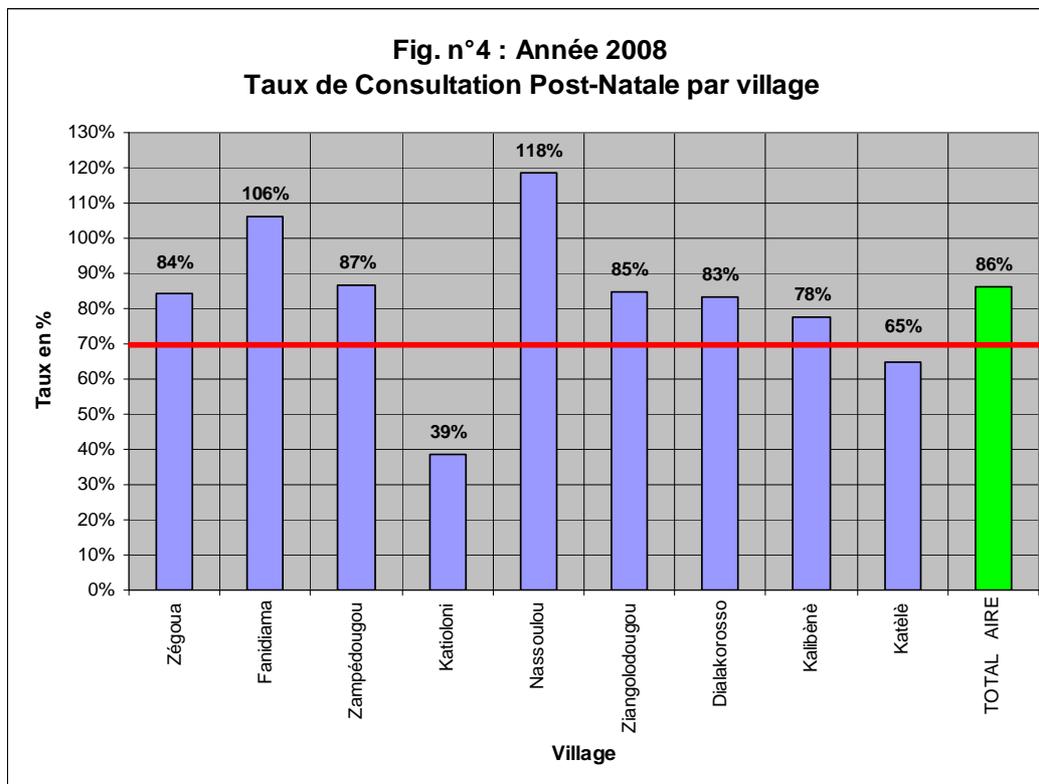
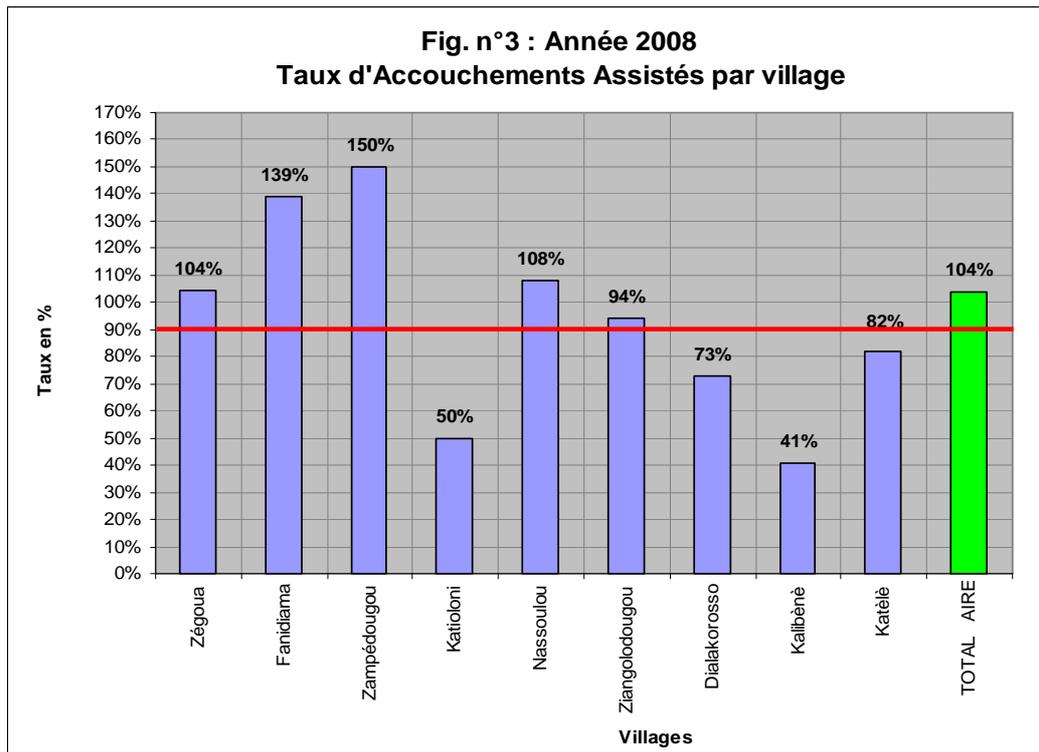
Source : notre élaboration à partir des données des Centres des Soins

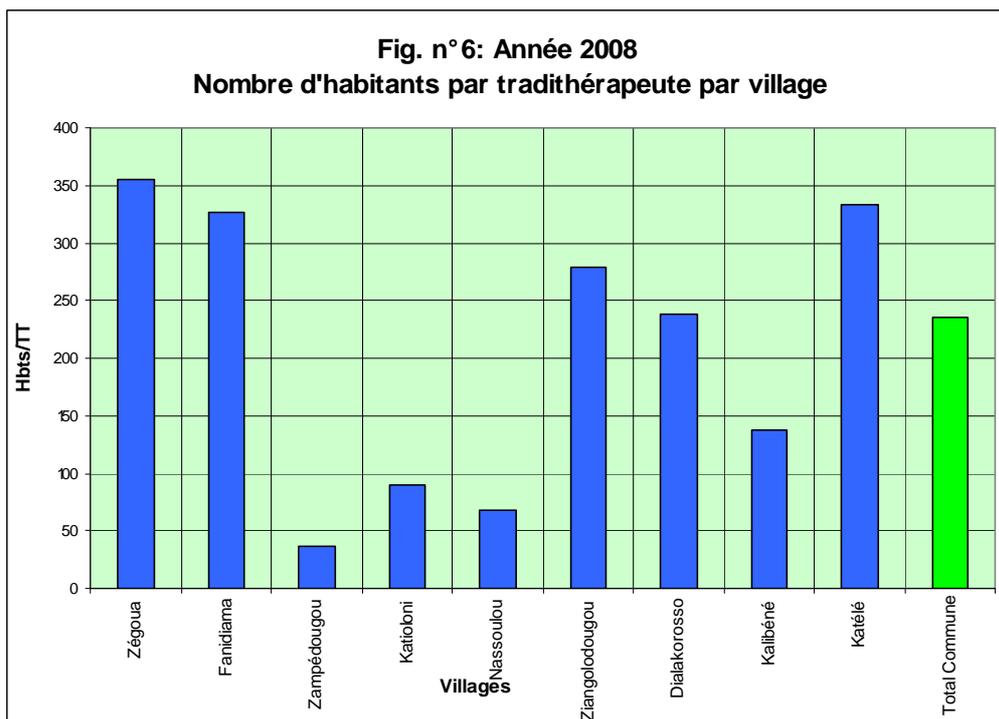
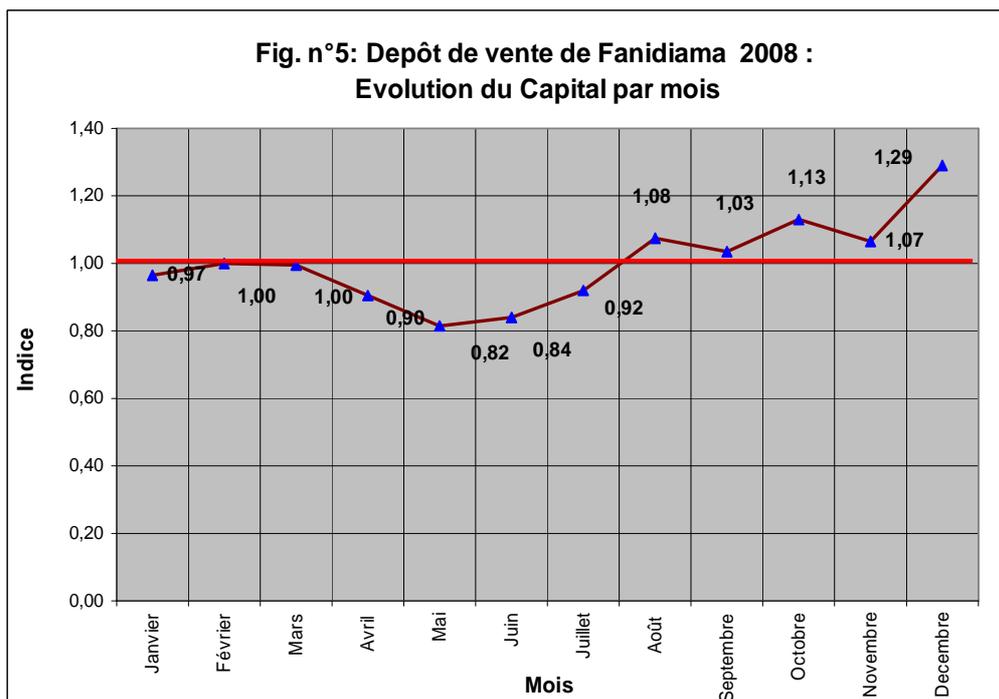
**Tableau n° 3 : Bilan 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua par Centre de Soins.**

CSCom Polycentrique Zégoua 2008	Ressources	Emplois	Soldes
<b>Zégoua</b>	31 502 905	30 678 230	824 675
<b>Fanidiana</b>	5 190 230	4 951 950	238 280
<b>Katéle</b>	5 776 780	5 221 610	555 170
<b>Total</b>	<b>42 469 915</b>	<b>40 851 790</b>	<b>1 618 125</b>
<b>Solde</b>	0	1 618 125	
<b>Totaux équilibrés</b>	<b>42 469 915</b>	<b>42 469 915</b>	

Source : notre élaboration à partir des données des Centres des Soins







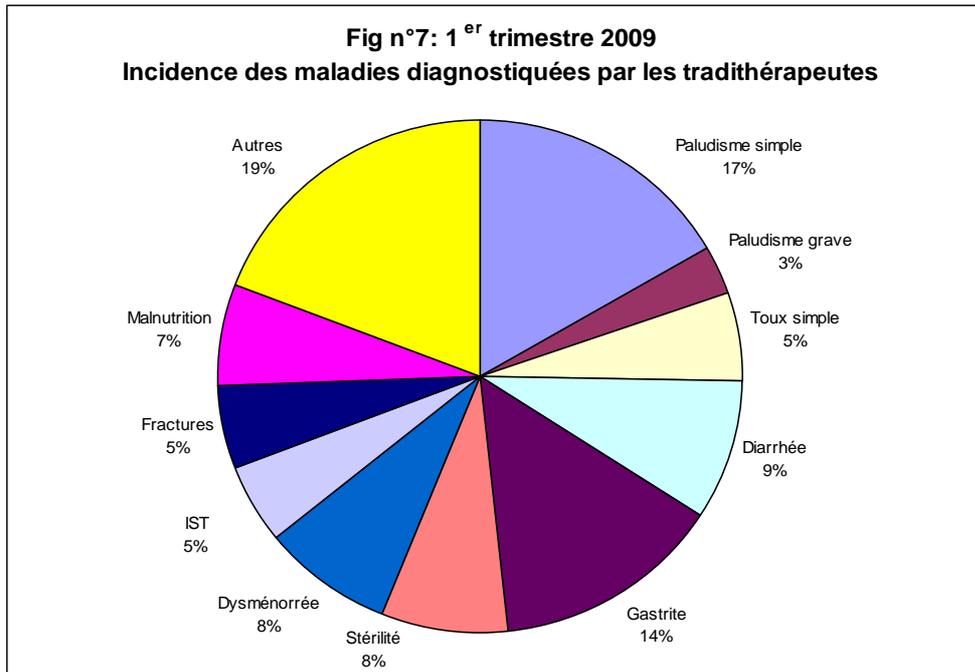


Photo n° 1 : La Moto-Ambulance du Centre de Soins de Fanidiama