



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION
Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS)



Mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Études Supérieures
Spécialisées en Gestion de Programmes de Santé
Année 2007- 2008 / 18^e Promotion

THEME :

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DU SYSTEME
D'INFORMATION SANITAIRE LIE A LA PRISE EN CHARGE
INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT DANS LES CENTRES DE
SANTE DE LA REGION DE KAYES, AU MALI**

PRESENTE PAR :
M. Djibril KASSOGUE

M0051GPS08

2

Bibliothèque du CESAG



108798

SOUS LA DIRECTION DE :
Dr DIOP Khady SECK
Enseignante associée, CESAG



CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACES

Par ce travail, je rends grâce :

- A DIEU, seigneur tout puissant, qui a voulu que cette occasion soit ;
- A mes chers parents, Abdoulaye et Naïssou KASSOGUE, pour leurs conseils et bénédictions indéfectibles ;
- A tous les Hommes qui œuvrent pour la santé en général et celle de l'enfant en particulier.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

A travers ce travail, je voudrais exprimer :

Mes hommages particuliers :

- A mon Maître et Directrice de mémoire, Dr DIOP Khady SECK : Vous avez, spontanément, accepté mon encadrement. Je ne cesserai de vous être reconnaissant pour cette disponibilité et la qualité de l'enseignement que j'ai reçu de vous ;
- A mes chers Maîtres, les Professeurs Mamadou M. KEITA , Toumani SIDIBE , Sanoussi KONATE et tout le personnel du service de Pédiatrie de L'hôpital Gabriel Touré de Bamako. En dépit des contraintes qui me lient au service, vous m'avez accordé le bénéfice de cette formation ;
- A mon épouse et à mes enfants qui ont enduré le poids de mon absence et m'ont toujours manifesté un soutien sans faille.

Mes remerciements :

- Au corps professoral du CESAG, particulièrement à celui de l'Institut Supérieur de Management de la Santé et au personnel administratif, pour leur disponibilité et la qualité de l'enseignement reçu ;
- Au Directeur régional, Docteur Hachimi ; au DR Témè et à tout le personnel de la direction régionale de la santé de Kayes ;
- Aux médecins-chefs, Dr Simaga et Dr Sy et à tous leurs collaborateurs ;
- Aux camarades de la 18^e promotion de la Gestion des Services de Santé et de l'Economie de la Santé, pour les bons moments et les peines partagés ;
- A tous les membres de ce qui fut ma famille Dakaroise : Nathalie, Evelyne, Sylvie, Saran, Ladé, Méité, Henri, Karim, Gratien et Namory ;
- A toute la communauté malienne du CESAG ;
- A toutes les personnes qui m'ont soutenu pendant cette période académique 2007-2008.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASACO	: Association de santé communautaire
CPN	: Consultations prénatales
CROCEP	: Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du plan
CSCOM	: Centre de santé communautaire
CSREF	: Centre de santé de référence
CSLP	: Comité stratégique de lutte contre la pauvreté
DCI	: Dénomination commune internationale
DRS	: Direction régionale de la santé
EDS	: Enquête démographique et de santé
FRPC	: Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance
IRA	: Infection respiratoire aiguë
IST	: Infection sexuellement transmissible
LMD	: Lutte contre les maladies diarrhéiques
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMVS	: Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSSC	: Plan décennal de développement sanitaire et social
PEV	: Programme élargi de vaccination
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PPTE	: Pays pauvres très endettés
PRODESS	: Programme de développement socio sanitaire
PRODEC	: Programme de développement de l'éducation et de la culture
PRODEJ	: Programme de développement de la justice
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RTA	: Rapport trimestriel d'activités
SDAME	: Schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1 . Contexte et justification de l'étude	4
1.1 . Situation sanitaire des enfants au Mali	5
1.2 . Prise en charge de la santé des enfants	7
1.3 . Justification de l'étude	9
2 . Cadre de l'étude	10
2.1 . Présentation générale du Mali.....	11
2.2 . Organisation de l'offre de soins au Mali.....	14
2.3 . Le système national d'information sanitaire.....	20
2.4 . Région de Kayes	21
3 . Problématique	27
3.1 . Enoncé du problème	28
3.2 . Ampleur et importance du problème	29
3.3 . Conséquences du problème.....	29
4 . Les objectifs de l'étude	30
4.1 . But.....	31
4.2 . Objectif général.....	31
4.3 . Objectifs spécifiques	31
5 . Méthodologie	32
5.1 . Type d'étude	33
5.2 . Population d'étude	33
5.3 . Méthodes et outils de collecte de données.....	34
5.4 . Méthodes d'analyse des données	34
5.5 . Limites et contraintes de l'étude	35
6 . Résultats de l'étude	37
6.1 . La situation de l'offre de soins de PCIME clinique.....	38
6.2 . Les activités principales des agents en charge de la collecte des données	38
6.3 . L'expérience des agents.....	38
6.4 . Les formations reçues en PCIME par les agents	39
6.5 . Les différents outils de collecte de données	39
6.6 . L'existence de bases de données.....	39
6.7 . La rétro information.....	39
6.8 . La supervision.....	40
7 . Analyse du problème.....	41
7.1 . Identification des problèmes	42
7.2 . Priorisation des problèmes.....	42
7.3 . Identification des causes	42
7.4 . Hiérarchisation des causes	46
7.5 . Identification de solutions.....	47

7.6	. Justification du choix de la solution retenue.....	48
8	. Mise en œuvre de la solution retenue.....	49
8.1	. But- Objectifs.....	50
8.2	. Cadre logique.....	51
8.3	. Les ressources nécessaires.....	53
8.4	. Plan d'action.....	54
8.5	. Le chronogramme.....	55
8.6	. Le budget de la mise en œuvre.....	56
8.7	. Le plan de gestion des activités.....	59
9	. Recommandations.....	62
9.1	. Au niveau national.....	63
9.2	. Au niveau régional.....	64
9.3	. Au niveau du district.....	64
9.4	. Au niveau du CSCoM.....	64
	Conclusion.....	65

Références bibliographiques

Annexes:

Annexe 1: Guide d'entretien avec les responsables

Annexe 2: Guide d'entretien avec les prestataires

Annexe 3: Liste des indicateurs clés de la PCIME

Annexe 4: Carte sanitaire du Mali avec les districts PCIME

Annexe 5: Carte de la région de Kayes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Mortalité proportionnelle des enfants de 0 à 5 ans selon SIS 2000 et 2005.....	6
Tableau 2 : Evolution de la mortalité infantile (pour mille naissances vivantes) et maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) entre les EDS 1996- 2006.....	7
Tableau N°3 : Principaux indicateurs démographiques [17].....	12
Tableau N°4 : Ratios de prestataires qualifiés en 2007 au Mali.....	17
Tableau N°5 : Évolution du nombre des CSCOM par cercle de 1998 au 31 décembre 2007 dans la région de Kayes.....	22
Tableau N°6 : Les ratios de personnel qualifié en 2007 dans la région de Kayes	23
Tableau N°7 : Indicateurs d'utilisation des services en 2007 dans la région de Kayes.....	24
Tableau N°8 : Répartition des personnes enquêtées selon leur qualification.....	38
Tableau N° 9: Hiérarchisation des problèmes	42
Tableau N° 10: Principales causes de l'insuffisance de collecte des données PCIME	44
Tableau N°11: Hiérarchisation des causes	46
Tableau N°12 : Hiérarchisation des solutions	48
Tableau N° 13: cadre logique pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME	51
Tableau N°14 : les ressources requises pour la réalisation des activités	53
Tableau N° 15: Plan d'action pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME	54
Tableau N° 16: Chronogramme des activités pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME	55
Tableau N° 17: Budget de mise en oeuvre du renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME	56
Tableau N° 18: canevas de mise à jour des activités [30]	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Causes de consultations des enfants de 0 à 5 ans selon le SIS 2000 et 2005.....	6
Figure 2 : Représentation en arêtes de poisson des causes de l'insuffisance de la collecte des données	45
Figure 3 : les districts pcime au mali	lxxxi
Figure 4 : les districts sanitaires de la région de kayes	lxxxii

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Introduction

Plus de dix millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année. Près de 98% de ces décès surviennent dans les pays en développement [1,2]. En 1990 la mortalité infantile était de 180‰ en Afrique Subsaharienne contre 9‰ dans les pays développés. 70% de ces décès dans les pays en développement sont dus aux principales maladies (paludisme, IRA, rougeole, diarrhées et malnutrition). L'OMS et l'Unicef sur la base des limites et expériences des programmes spécifiques ont développé la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) en 1995, comme stratégie visant à réduire cette forte morbidité et mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Elle s'adressait aux régions du monde où le taux de mortalité infantile juvénile était supérieur ou égal à 40 pour_mille naissances vivantes [3]. Le Mali à l'instar d'autres pays a adhéré à la stratégie en 1996.

La PCIME consistait au départ en un ensemble de directives cliniques pour la prise en charge des maladies responsables de 70% des décès d'enfants de moins de 5 ans [1,4]. Elle comporte trois volets : amélioration de la compétence des agents, amélioration du système de santé et amélioration des pratiques familiales et communautaires [5, 6,7].

En septembre 2000, 189 pays ont adopté la déclaration du Millénaire pour le développement et les objectifs (OMD) à atteindre d'ici 2015. L'objectif 4 de cette déclaration est de réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile juvénile. Des difficultés majeures ont été identifiées dans plusieurs pays: l'absence de ressources financières, la mobilité du personnel, l'insuffisance de coordination, la faiblesse du système de santé et la fragmentation de la santé de l'enfant entre plusieurs programmes [1, 8, 9,10].

Les différentes évaluations de la stratégie ont montré que l'utilisation des directives cliniques, par des agents de santé formés, améliore significativement la qualité des soins prodigués aux enfants [5]. La PCIME peut significativement réduire les dépenses directes liées aux soins des enfants à cause de la prescription rationnelle des médicaments par le personnel formé [11, 12,13]. Les indicateurs de santé pour les enfants se sont améliorés dans certains pays après l'introduction de la PCIME. [14, 15,16].

Malgré les progrès réalisés en matière de développement sanitaire, ces dernières années, les indicateurs de santé infanto-juvénile sont préoccupants. Ces indicateurs sont fournis par les données de routine et d'autres sources. Dans nos pays, leur fiabilité est tributaire de :

- une faiblesse du système d'information sanitaire,
- une collecte partielle des données et
- une faible couverture sanitaire.

Au Mali, les prestataires renseignent divers supports et outils (registre, fiche de prise en charge) dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Néanmoins, certains de ces supports apparaissent peu adaptés. Le registre de consultation comporte des rubriques inadéquates ou manquantes par rapport à la PCIME : la notification de signes d'évaluation (général de dangers) ou de classification reste difficile. La collecte des données de routine (rapport trimestriel d'activité) des services ne permet pas de calculer les indicateurs clés de la PCIME. Ainsi, le manque de données de bonne qualité constitue un obstacle à la planification et au plaidoyer.

Le but de toute intervention étant d'améliorer la performance des services de santé, seule une disponibilité des données de qualité permettra de faire une analyse pertinente. C'est dans ce cadre que nous avons décidé d'étudier le mécanisme et les outils de collecte des données de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au Mali, afin de contribuer à leur amélioration.

1 . Contexte et justification de l'étude

1.1 . Situation sanitaire des enfants au Mali

La situation sanitaire des enfants est caractérisée par une forte morbidité et mortalité. Cependant l'analyse des résultats des EDS montre une amélioration de l'état de santé des enfants.

1.1.1 . Vaccination

Malgré les efforts fournis dans le domaine de la vaccination, la couverture vaccinale demeure insuffisante. Seulement 48% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. Treize pour cent des enfants n'ont reçu aucune vaccination. Et 39% des enfants sont partiellement vaccinés. Les enfants des villes sont plus fréquemment vaccinés que ceux du milieu rural (59% pour Bamako, 49% pour les autres villes contre 46% en milieu rural). Les enfants des mères instruites sont aussi fréquemment plus vaccinés que ceux des mères sans instruction (70% pour le niveau secondaire, 56% niveau primaire contre 46% pour sans instruction. La couverture vaccinale s'est améliorée entre 2001 et 2006 (29% à 48%) (EDS 2006).

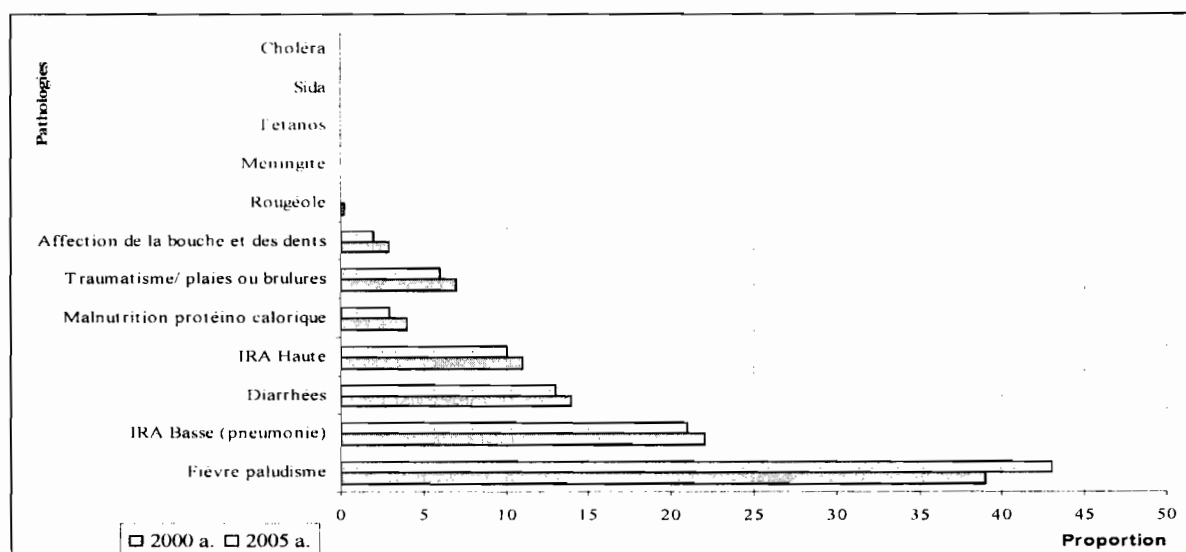
1.1.2 . Nutrition

Selon EDS 2006, 99% des enfants de 0 à 5 mois sont allaités dont 38% de façon exclusive. La proportion des enfants qui recevaient un aliment de complément à partir de 6 mois était de 30%. Selon le « profil de santé », la malnutrition s'associe dans 51% des cas à d'autres pathologies. L'EDS 2006 montre une prévalence de 34% de retard de croissance ($T/A < -2$ ET dont 16% de sévère ($T/A < -3$ ET). L'émaciation (P/T) représente 13% avec 3% de forme sévère. Selon l'indice P/A , 31% des enfants ont une insuffisance pondérale dont 9% de forme sévère. La fréquence de l'anémie est aussi très importante (81%) avec 21% de forme sévère.

1.1.3 . Morbidité

Les causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans n'ont pas connu un grand changement depuis les années 90. Le paludisme, les IRA, les diarrhées et la malnutrition étaient et demeurent les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de 5ans.

Figure 1 : Causes de consultations des enfants de 0 à 5 ans selon le SIS 2000 et 2005



Selon l'EDS 2006, la fièvre est première cause de consultations (18%) suivie de la diarrhée (13%). Les IRA, deuxième cause de morbidité dans le SIS sont la troisième dans l'EDS 2006 (6%). Les soins ont été cherchés auprès des professionnels de santé dans 38% des cas pour les IRA, 33% pour la fièvre et 18% pour les cas de diarrhées. L'annuaire statistique 2005 montre un taux d'utilisation des services curatifs de 0,44 NC/an pour les enfants de moins de 5ans.

1.1.4 . Mortalité

Selon le SIS les principales causes de mortalité demeurent le paludisme et les IRA. Certaines pathologies (rougeole, méningite et le tétanos) qui étaient parmi les premières causes de mortalité dans les années 90 ne le sont plus. On note l'émergence de nouvelles maladies comme le choléra, le SIDA et les traumatismes.

Tableau 1 : Mortalité proportionnelle des enfants de 0 à 5 ans selon SIS 2000 et 2005

Pathologies	2000		2005	
	Nombre	%	Nombre	%
Fièvre paludisme	444	61,75	818	70,82
IRA Basse	89	12,38	113	9,78
Diarrhées	35	4,87	52	4,50
IRA Haute	6	0,83	5	0,43
Malnutrition	38	5,29	102	8,83
Traumatisme	4	0,56	21	1,82
Affection de la bouche	34	4,73	3	0,26
Rougeole	10	1,39	0	0,00
Méningite	22	3,06	10	0,87
Tétanos	35	4,87	16	1,39
Sida	2	0,28	4	0,35
Choléra	0	0,00	11	0,95
Total	719	100,00	1155	100,00

Malgré la diminution des taux de mortalité infantile entre les différentes EDS, ils restent préoccupants.

Tableau 2 : Evolution de la mortalité infantile (pour mille naissances vivantes) et maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) entre les EDS 1996- 2006

Indicateurs	1996	2001	2006
Mortalité néonatale	60,4	57,1	46
Mortalité post néonatale	62,1	56,4	50
Mortalité infantile	122,5	113,4	96
Mortalité juvénile	131,1	130,5	105
Mortalité infanto juvénile	237,5	229,1	191
Mortalité maternelle	577	582	ND

1.2 . Prise en charge de la santé des enfants

1.2.1 . Avant PCIME

La santé de l'enfant se caractérisait par une fragmentation entre les différentes divisions de la Direction Nationale de la Santé : Santé de la Reproduction, Programme élargi de vaccination, Nutrition, le Programme national de lutte contre le paludisme. Ainsi, de nombreux programmes verticaux étaient conçus et mis en œuvre comme le programme IRA, LMD... Les projets des ONG étaient inégalement répartis dans le pays. Les interventions étaient concentrées dans les mêmes zones avec des activités essentiellement communautaires. Il s'en suivait une dispersion des fonds et une incoordination des interventions. L'action correctrice de cette situation a été l'adoption de la PCIME en 1996[25].

1.2.2 . Situation de la mise en œuvre de la PCIME au Mali

L'adoption de la PCIME, comme stratégie majeure de réduction de la morbidité et de la mortalité infantile et infanto juvénile n'a pas empêché la prolifération de projets qui ne s'inscrivent pas dans cette stratégie. Ainsi, en 2002 l'Unicef a développé une intervention communautaire appelée stratégie d'accélération pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE), qui était en extension depuis 2005. Plusieurs projets similaires de survie de l'enfant sont en cours dans différentes régions par différentes ONG (Plan, Save, Care). Cette situation était favorisée par le retard pris par le Mali dans la mise en œuvre de la PCIME communautaire. En effet, les

premières formations en PCIME clinique ont eu lieu en 2000 mais, celles de la PCIME communautaire en 2006. Depuis cette date, toutes les interventions à base communautaires en santé de l'enfant suivent les directives de la PCIME.

❖ L'encrage institutionnel de la PCIME

Le Mali a adhéré à la PCIME en 1996 et l'a adoptée comme une stratégie et non un programme. Un groupe de travail a été mis en place en 1997 pour la coordination. La présidence du groupe est assurée par le Directeur national de la Santé et son secrétariat est assuré par la Division Santé de la Reproduction qui abrite la PCIME. Une réunion de coordination est prévue semestriellement. Un point focal est responsable de la gestion quotidienne de la stratégie.

❖ Le financement de la PCIME

La mise en œuvre de la PCIME est tributaire du financement des partenaires. Sur 18 districts formés seule la formation d'un district a été financée sur les fonds de l'Etat (région de Ségou). Les partenaires engagés dans les interventions sont l'OMS, l'Unicef, l'US.AID à travers ses ONG et Plan Mali. La PCIME étant retenue comme une stratégie, il n'existe pas de ligne budgétaire spécifique pour sa mise en œuvre.

❖ L'état de la mise en œuvre de la PCIME

Le processus de mise en œuvre a suivi les trois phases indiquées : la phase d'introduction, la phase initiale et la phase d'extension. Actuellement le Mali est à la phase d'extension. Pour le renforcement de compétence des agents environ 410 agents ont été formés à la prise en charge des cas dont 70 formateurs. L'introduction des modules de formation dans les écoles professionnelles de santé est prévue. Les encadreurs des écoles test ont été formés. Sur 59 districts de santé, 18 sont formés soit 30,5%. Le suivi post formation s'est réalisé pour 13 districts soit un taux d'exécution de 72%. Seulement 41% de ces suivis ont été effectués dans le délai normal de 4 à 6 semaines. L'Amélioration des pratiques familiales et communautaires n'a pas commencé au même moment que le renforcement de la compétence. Ce retard était dû à l'absence de directives claires pour cette composante. En 2003, sur la base des expériences pilotes, une directive nationale de PCIME communautaire a été élaborée. Elle devrait être la référence pour toutes les interventions à base communautaire dans

le domaine de la survie de l'enfant. Actuellement la PCIME communautaire est la plus développée sans faire souvent un lien avec les autres composantes [25].

1.3 . Justification de l'étude

La reconnaissance d'un problème de santé dans une communauté nécessite un système de collecte continue, systématique et fiable d'information, capable d'alerter sur la survenue de ce problème et / ou d'en préciser les caractéristiques et les l'évolution. Cette information guide les prises de décision et oriente suffisamment les actions. Ainsi, l'information sanitaire spécifiquement tournée vers la collecte et l'analyse des données générées par les activités de PCIME devient l'élément de base de toute planification pour les prestataires de soins, les décideurs ou autres acteurs de la santé intervenant dans le domaine de la santé infantile.

Avec une information sanitaire de qualité, bien diffusée et bien utilisée à tous les niveaux, il est possible d'améliorer l'évolution des situations et des tendances du système de santé et de prendre des décisions plus appropriées, propices pour l'amélioration de la santé des populations. Les partenaires au développement doivent être bien informés de la situation sanitaire pour leur permettre de suivre l'atteinte des objectifs et lier le financement à la performance.

La PCIME a été inscrite dans les documents de politique comme stratégie prioritaire pour la réduction de la mortalité infanto juvénile au Mali. L'intégration a concerné les directives cliniques des différents programmes (IRA, LMD, PNLP, Nutrition et la vaccination). Elle est jugée d'être une intervention lourde (coût et temps). Cette perception a entraîné un problème d'appropriation et un faible engagement des acteurs à tous les niveaux. Les données des différentes étapes de la mise en œuvre sont peu disponibles pour analyser la performance des services de santé, liée à la PCIME. Ce travail sera une opportunité pour documenter les facteurs qui entravent la collecte des données liées à la stratégie.

Les résultats de ce travail pourront contribuer à la mise en place d'un système structuré de collecte des données et l'amélioration de la mise en œuvre du plan stratégique d'extension de la PCIME (2007 à 2011).

2 . Cadre de l'étude

2.1 . Présentation générale du Mali

2.1.1 . Aperçu géographique

La République du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Elle partage, au nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie ; à l'est, le pays est frontalier avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger [17].

2.1.2 . Economie

Pays essentiellement à vocation agricole, l'économie de la République du Mali est caractérisée par sa vulnérabilité. Malgré une meilleure croissance depuis 1994, le Mali reste un des pays les plus pauvres du monde. Le PIB par habitant s'élevait en 2004 à 357,9 USD et 64 % de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté. La performance économique dépend fortement des conditions climatiques, des fluctuations des conditions du commerce mondial et des taux d'échange.

Le Mali est membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS).

L'économie du pays dépend fortement de l'aide extérieure. Le Mali a conclu avec le FMI en 2004, un nouveau programme triennal, Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC) et la Banque Mondiale apportent également des concours liés aux projets de crédits d'ajustement.

Le Mali a atteint le point d'achèvement au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres et très endettés (PPTe) en 2003 et au cours de 2005, le Mali a bénéficié de l'allégement de la dette auprès des pays du G8 [17].

2.1.3 . La situation démographique

La population malienne est estimée à 12 051 021 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,2 %. Elle est à 99 % sédentaire et à 1 % nomade. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2 %). Le taux d'urbanisation est de 26,8 %. Les trois quarts de la superficie du pays abritent moins de 10 % de la population. Au dernier recensement de la population en 1998, 22 % seulement de la population résidente vivaient en milieu urbain. Cette population est, en outre, caractérisée par sa jeunesse : 46 % de la population est âgée de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 23 % de la population totale. Selon les données du RGPH de 1998, les principaux sous groupes sont ainsi constitués des :

- enfants de moins d'un an (0-11 mois) = 2,9 %
- enfants de 1 an à 4 ans (12-59 mois) = 14,0 %
- enfants de moins de 5 ans (0-4 ans) = 17,0 %
- enfants de moins de 15 ans (0-14 ans) = 46,0 %
- enfants de moins de 19 ans (0-18 ans) = 55,2 %
- femmes en âge de procréer (15-49 ans) = 22,6 %

Tableau N°3 : Principaux indicateurs démographiques [17]

Désignation/Indicateurs	Données	Sources
Taux brut de natalité	45, 2 ‰	EDS IV Mali 2006
Taux brut de mortalité	4, 25 ‰	EDS IV Mali 2006
Taux de mortalité infantile	96 ‰	EDS IV Mali 2006
Taux de mortalité juvénile	105 ‰	EDS IV Mali 2006
Taux de mortalité infanto - juvénile	191 ‰	EDS IV Mali 2006
Taux de mortalité maternelle	464p.100000 naissances vivantes	EDS IV Mali 2006
Indice synthétique de fécondité	6,6 enfants par femme	EDS IV Mali 2006
Taux d'accroissement global	2,26 %	EMMU 1992-93
Taux d'émigration	1,7 %	EMMU 1992-93
Taux d'immigration	0,8 %	EMMU 1992-93
Taux de migration net	- 0,9 %	EMMU 1992-93

2.1.4 . La gouvernance

Le pays est administrativement divisé en 8 régions et un district (District de Bamako), entre lesquels se répartissent 703 communes.

Les collectivités territoriales se composent de 703 conseils communaux, 49 conseils de cercle et 9 assemblées régionales. Le parlement compte actuellement 147 sièges.

Le gouvernement a élaboré des politiques sectorielles dans les domaines de la santé (PRODESS), de l'éducation (PRODEC) et de la justice (PRODEJ).

La création d'un Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et une plus grande implication des femmes dans la gestion des affaires publiques, constituent des signaux forts pour la promotion du genre.

Cependant, la participation des femmes demeure limitée par des facteurs culturels, ce qui prive le processus de développement économique et social de son dynamisme.

Le dynamisme de la société civile se traduit par une multitude d'ONG opérant dans les domaines du développement et des droits humains.

Depuis 1991, l'Etat n'a plus le monopole de la presse écrite et parlée. Déjà en 2000, le pays comptait plus de 120 radios, parmi lesquelles 15 se trouvaient dans la capitale, Bamako. Pour ce qui est de la presse écrite, 30 titres ont été recensés, dont plus de 15 à Bamako.

Le diagnostic de l'état actuel de la corruption dans le service public au Mali montre que le phénomène touche des domaines aussi divers que la gestion financière, la passation des marchés, la douane, la fonction publique, le système judiciaire et la vie politique [18,19].

2.1.5 . Santé et pauvreté

Les inégalités devant la santé sont de plus en plus évidentes entre les plus riches et les plus pauvres à l'intérieur du Mali.

Ainsi, selon les données EDSM IV de 2006, le taux de mortalité infantile est 1,4 fois plus élevé dans la région la plus pauvre qu'à Bamako. Cette disparité est encore plus aiguë pour le taux de mortalité infanto juvénile qui y est 2,2 fois plus élevé qu'à Bamako. Aussi, le taux de fécondité et de malnutrition infantile sont-ils plus élevés dans toutes les régions qu'à Bamako. Il s'agit essentiellement, d'un clivage urbain/rural. Les ménages des « quintiles » de revenu faible ont un faible taux d'utilisation des services de santé. On note, aussi que la surmortalité des groupes plus pauvres reste largement due à des affections évitables.

Afin de lutter contre la pauvreté, source de mauvaise santé, l'Etat malien, avec l'appui des différents partenaires, a développé un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

(CSLP) qui établit ainsi un lien direct entre la pauvreté et la mauvaise santé. Aussi le suivi du CSLP comprend-il des indicateurs de santé comme la couverture vaccinale et l'utilisation des services de santé [17, 18,19].

2.2 . Organisation de l'offre de soins au Mali

2.2.1 . La politique de santé

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, le Mali a souscrit aux déclarations universelles sur la santé, telles la Santé Pour Tous (1977), la stratégie des Soins de Santé Primaires (Alma Ata 1978), le Scénario de Développement en 3 phases (Lusaka 1985), l'Initiative de Bamako (Bamako 1987), la Santé pour Tous au 21^{ème} siècle (Genève 1998).

En 1990, le Mali s'est doté d'une politique sectorielle de santé et en 1991 d'une politique de population. Un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) couvrant la période 1998-2007, a été adopté pour la mise en œuvre de la politique sectorielle santé. Il s'agit d'une nouvelle démarche engagée par l'Etat et ses partenaires basée sur l'approche « programme » qui vise un développement harmonieux et durable du secteur de la santé. Depuis, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS I : 1998-2002 et PRODESS II : 2005-2009) est exécuté avec l'appui des partenaires. Le lancement du PRODESS I a connu un (1) an de retard, agissant ainsi sur le démarrage du PRODESS I I.

En 2000, le Gouvernement malien a élaboré un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) dans lequel la santé occupe une place importante. Ce document devant servir de cadre de référence pour l'ensemble des partenaires, le Ministère de la Santé a révisé le PRODESS afin d'harmoniser son contenu, de mieux établir les liens entre la santé et la pauvreté et de dégager des orientations stratégiques devant contribuer à la lutte contre la pauvreté.

Toutes ces orientations mettent l'accent sur la décentralisation de la gestion du système de santé et la participation des communautés à la prise en charge de leurs problèmes de santé, la disponibilité en médicaments essentiels et la lutte contre l'exclusion.

2.2.2 . La situation sanitaire

La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio économique, connaît aussi des améliorations significatives. L'état de santé des femmes et des enfants est inquiétant. Selon le sous- système d'information hospitalier du pays, les causes directes de la mortalité maternelle sont les hémorragies, l'hypertension gravidique, les ruptures utérines, les complications infectieuses et les avortements. Les facteurs qui favorisent cette mortalité maternelle sont, entre autres, les complications liées aux grossesses (précoces, nombreuses et tardives), les conditions précaires des accouchements en milieu rural et l'insuffisance de la prise en charge des urgences obstétricales, les pratiques traditionnelles néfastes à la santé, l'insuffisance d'information, d'éducation et de communication sur le suivi des grossesses.

Le taux de consultations prénatales est de 70%. Sept (7,5) pour cent des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne, 1,2 % une méthode traditionnelle. Les taux d'accouchements assistés par un personnel de santé formé et des accoucheuses traditionnelles, sont respectivement de 49 % et 22,2 %.

Les principales causes de morbidité et de mortalité infanto juvéniles sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et la rougeole. Les causes de la mortalité néonatale sont la souffrance fœtale, les infections et l'insuffisance pondérale à la naissance (voir contexte ci dessus).

Le taux national de couverture en eau potable est de 42 %. Ce taux est de 32,5 % en zone rurale, contre 51 % en zone urbaine.

En matière d'évacuation des excréments seulement 11 % des ménages disposent d'installations adéquates au plan national (WC ou latrines améliorées). Même si des améliorations sont observées, 21 % des ménages au Mali n'ont toujours pas accès à un moyen hygiénique d'évacuation des excréments. La faible couverture en eau potable, l'insalubrité, la persistance de la part des populations de comportements liés au manque d'hygiène, la prolifération de vecteurs, l'absence de contrôle et de mesures à l'endroit des industries agro-alimentaires expliquent la forte prévalence des maladies d'origine hydro fécale dans le pays[17, 21].

2.2.3 . Le système de santé

2.2.3.1. Organisation du système

Le système de santé au Mali, comprend le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé. Ces secteurs travaillent de manière complémentaire. Le secteur privé non lucratif, est dynamique à travers le travail des ONG, des associations de santé et des organisations confessionnelles. Le secteur privé à but lucratif (cabinets, cliniques, officines) a connu une expansion rapide depuis 2000[22].

Organisé sous forme pyramidale, le système public comprend :

- Le niveau central définit les orientations politiques, les normes et standards. Il mobilise les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique ;
- Le niveau régional apporte un appui technique et logistique aux districts sanitaires ;
- Le cercle (district sanitaire) est l'entité opérationnelle qui met en œuvre la politique sanitaire;
- L'aire de santé, où la structure de base dispense le paquet minimum d'activités.

Les structures de prestation de soins comprennent, de la base au sommet : les centres de santé communautaires pour le niveau primaire ; les centres de santé de référence (hôpital de district) pour le premier niveau de référence ; les hôpitaux régionaux pour le deuxième niveau de référence et enfin les hôpitaux nationaux, un centre national d'odontostomatologie et les établissements spécialisés pour le troisième niveau de référence.

2.2.3.2. Disponibilité des services de santé

Les services sont offerts par 753 CSCOM, 59 centres de santé de référence, 7 établissements hospitaliers régionaux et 4 établissements hospitaliers nationaux.

L'accessibilité géographique est très inégale entre Bamako et les régions de l'intérieur du pays d'une part, entre milieux urbain et rural d'autre part. A Bamako, plus de 80 % de la population a accès à un centre de santé contre 20 à 60 % dans les régions. Le pourcentage de la population ayant accès à un service de santé est de 97 % en milieu urbain et seulement de 22 % en milieu rural.

L'itinéraire thérapeutique montre que la famille et les guérisseurs traditionnels constituent le premier niveau de recours des malades.

Malgré les efforts déployés pour améliorer l’accessibilité géographique, le taux de fréquentation des structures de premier niveau reste encore très bas et la qualité des prestations fournies est insuffisante [19].

2.2.3.3. Les médicaments

Depuis 1995 un schéma directeur d’approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels est disponible. La liste des médicaments essentiels en DCI par niveau est actualisée tous les deux ans [19]. L’élaboration de textes réglementaires et la réorganisation du secteur pharmaceutique ont permis d’améliorer de manière très significative la disponibilité en médicaments essentiels.

Les indicateurs de suivi de la politique pharmaceutique révèlent une disponibilité de 92 % dans le secteur public et 58 % dans le secteur privé. La disponibilité des médicaments essentiels dans les structures périphériques évaluée sur la base d’un panier de dix médicaments est de 84 % [23].

Le développement de la pharmacopée traditionnelle a connu des progrès, qui ont permis, la production de sept (7) médicaments traditionnels améliorés faisant partie de la liste nationale des médicaments essentiels.

2.2.3.4. Le personnel

Dans le domaine de la formation, il est envisagé dans le PRODESS, d’augmenter les effectifs des formateurs, d’adapter les infrastructures des écoles aux besoins, d’organiser la formation continue et la supervision, de renforcer le matériel didactique ainsi que la formation de spécialistes. Il est également prévu le redéploiement du personnel pour gérer au mieux les ressources disponibles.

En 2007, les ratios prestataires de santé et population étaient peu satisfaisants [26].

Tableau N°4 : Ratios de prestataires qualifiés en 2007 au Mali

Ratio	RATIO sage femme	RATIO infirmier	RATIO médecin
Norme OMS	5000	5000	10000
Mali 2007	21 615	3 365	18 563
Mali 2006	26 580	5 378	17 424

Ce personnel est mal réparti entre les différentes zones géographiques du pays. Seulement 40 % des médecins et 49 % des infirmiers travaillaient à l’intérieur du

pays. Cette répartition inégale est plus marquée chez les sages femmes. Les initiatives novatrices comme le recrutement du personnel par les associations de santé communautaire et sur les fonds de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis de doter les structures périphériques de personnel qualifié.

2.2.3.5. Le financement de la santé

Le financement des services de santé est assuré par trois principales sources : le financement public, l'aide extérieure et les sources de financement privées. En 2003, la part de la santé sur le PIB était de 4,8%. Les dépenses de la santé se composaient de 57,4% de dépenses publiques et 42,6% de dépenses privées. Les paiements directs par les usagers étaient 89%. Les dépenses de la santé représentaient 9,2% des dépenses générales du pays. L'aide extérieure représentait 13% (rapport OMS 2006). Le taux de mobilisation est faible et les ressources restent concentrées au niveau central au détriment des régions qui produisent les résultats [17].

2.2.3.6 . Atouts du système de santé au Mali

- L'engagement politique au plus haut niveau;
- La volonté d'aborder la résolution des problèmes de santé dans le cadre plus large du développement en général, la corrélation entre le niveau de pauvreté et celui des indicateurs socio sanitaires n'étant plus à démontrer;
- L'existence d'instruments importants de pilotage du secteur de la santé (politique sectorielle, plans de développement sanitaire), même si des problèmes importants persistent en matière de suivi, de coordination et d'harmonisation entre les divers acteurs;
- L'existence d'instituts de formation en sciences de la santé, de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie et des institutions de recherche;
- La décentralisation réelle qui appelle une clarification de la répartition des rôles entre les nouvelles collectivités locales et les structures de santé;
- L'existence de mécanismes de gestion, de financement à base communautaire et une société civile vivante.

2.2.3.7. Défis majeurs dans le secteur de la santé au Mali

- Les taux élevés de morbidité et de mortalité, en particulier chez les femmes et enfants, avec des situations préoccupantes en matière de maladies transmissibles, de malnutrition et de maladies hydro fécales ;
- La situation critique de certains déterminants de la santé, notamment ceux liés aux faibles revenus, à l'eau, à l'assainissement et aux comportements liés au manque d'hygiène;
- La persistance de faibles résultats liés à l'accessibilité, à l'utilisation, à la qualité des services ;
- Le déficit majeur en ressources humaines au niveau opérationnel, tant en nombre qu'en qualité, associé à une répartition très inégale dans le pays ;
- Le problème crucial de disponibilité ou d'accès pour les populations aux médicaments et à la transfusion sanguine ;
- La faible capacité d'absorption des ressources financières allouées au secteur dont les raisons restent à élucider, tant au niveau des partenaires qu'au niveau du Ministère de la Santé.

2.2.4 . Les principaux partenaires

L'évolution de l'aide a été favorable au secteur de la santé. En effet, la part du budget de la santé, financée par les bailleurs, a évolué de 32 % en 1999 à 54 % en 2001. Les principaux partenaires au développement du secteur de santé du Mali sont la Belgique , le Canada , la Chine , Cuba , la France , l'Union Européenne , la Banque mondiale , le FNUAP , le PNUD , le PAM , l'OMS , l'UNICEF , l'US.AID, et plusieurs ONG et associations (nationales et internationales). Leur domaine d'intervention concerne l'assistance technique (et/ou financière) à la mise en œuvre du PRODESS.

2.2.5 .Mécanisme de coordination et de suivi du système de santé

2.2.5.1 . Les organes

Dans le cadre du suivi et de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé plusieurs organes sont mis en place. Il s'agit du comité de gestion des CSCOM, du conseil de gestion de district, du comité régional d'orientation, de coordination et

d'évaluation du PRODESS (CROCEP), du comité technique et le comité de suivi du PRODESS et du Comité de Pilotage du PRODESS.

A côté de ces organes officiels, le suivi régulier de la mise en œuvre est effectué par de nombreux groupes thématiques pour différents programmes et par des réunions informelles entre les partenaires.

Un comité interministériel a été mis en place en 1999[24]. Les multiples ONG nationales actives aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel ont organisé leur coordination à travers le Groupe Pivot.

2.2.5.2 . Mécanismes

Les différents organes effectuent des évaluations externes, des missions conjointes de suivi et des journées nationales d'évaluation des structures centrales.

Il existe un Système National d'Information Sanitaire .Les supervisions et les missions conjointes de suivi sont également des moments clé pour la coordination entre les différents acteurs.

2.3 . Le système national d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire suit l'organisation globale du système de santé. L'unité de collecte de l'information constitue le centre de santé périphérique. Un rapport d'activités trimestriel y est produit et transmis au district sanitaire. Le compilé des rapports des CSCom, associé à celui de CSREF, est transmis à la région. Cette dernière doit acheminer son rapport au niveau national, à la division planification de la Direction Nationale de la Santé.

En plus du support dur de rapport, d'énormes efforts ont été fournis pour rendre l'outil informatique disponible dans tous les districts. Un logiciel a été développé à cet effet, le DESAM (Développement sanitaire du Mali). Les données de routine permettent de renseigner les principaux indicateurs d'utilisation des services, de morbidité et de mortalité. Il existe des rapports spécifiques pour la surveillance épidémiologique ou autres maladies à éradiquer comme la lèpre, la tuberculose.

Des formations en information sanitaire et des supervisions formatives sont organisées pour l'amélioration des compétences des personnes chargées du SIS, à tous les niveaux.

Néanmoins, de nombreuses difficultés émaillent le SIS. Les rapports ne sont ni complets, ni transmis à temps. Ainsi, le système d'information se trouve dans l'incapacité de fournir des données de qualité, toute chose utile à une bonne planification. Pour disposer de données plus fiables, le Mali réalise tous les 5 ans une enquête démographique et de santé, dont la quatrième (4^e) édition eut lieu en 2006. Dans le même souci de disposer de données de qualité, plusieurs projets ou stratégies bénéficient d'outils et de circuit spécifique de la gestion des données. Ceci n'est pourtant pas le cas de la PCIME, stratégie nouvelle, majeure de réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans.

2.4 La région de Kayes

2.4.1 . Aperçu général [26]

Kayes, première région administrative du Mali, couvre une superficie de 120.760 Km². La région compte 7 Cercles, 129 communes dont 12 urbaines.

La population de la région s'élève à 1 687 116 habitants pour une densité moyenne de 14 habitants/km² et un taux d'accroissement de 2,3 pour 1000. Cette population est inégalement répartie, la capitale régionale et les zones minières connaissent une plus forte densité. Les principales populations cibles sont :

- Femmes en âge de procréer : 396 472
- Nombre de grossesses attendues : 67 485
- Enfants de 0 à 11 mois : 67 485
- Enfants de 0 à 59 mois : 257 791

La population connaît une diversité ethnique et professionnelle. Les formes d'implantations de cette population restent les quartiers dans les villes et les villages, en habitat groupé dans les zones rurales.

L'agriculture, la pêche, l'élevage, le commerce et l'artisanat constituent les principales activités. La principale culture de rente est le coton bénéficiant de l'encadrement de la CMDT qui dispose d'une usine d'égrainage de coton. De nombreuses banques sont présentes dans la région. Les micros finances sont représentées par de nombreuses caisses d'épargne. Les activités minières sont dominées par les mines d'or, auprès de nombreux sites d'orpaillage traditionnel.

L'islam et le christianisme sont les principales religions.

2.4.2 . Le système de santé régional [26]

2.4.2.1 .Disponibilité des structures sanitaires

Les soins de santé sont offerts principalement par 141 centres de santé communautaires, 7 centres de santé de références, un hôpital régional. Le secteur privé est représenté par de nombreux cabinets, de multiples officines et ONG.

Les structures capables d'offrir des soins néonataux et obstétricaux de base sont au nombre de 11 et 4 autres offrent des soins obstétricaux et néonataux complets.

La population est couverte à 78% par des structures sanitaires selon 45% dans un rayon de 5km et 66% à 15km.

Tableau N°5 : Évolution du nombre des CSCOM par cercle de 1998 au 31 décembre 2007 dans la région de Kayes

CERCLE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bafoulabé	7	8	8	11	13	14	15	17	19	19
Diéma	2	3	4	7	9	11	13	14	17	18
Kayes	14	14	20	24	26	26	28	28	30	32
Kéniéba	3	3	3	5	5	5	8	10	10	12
Kita	3	6	8	11	13	13	14	19	21	24
Nioro	7	7	7	11	14	14	14	14	18	18
Yélimané	6	7	7	7	9	12	14	15	16	18
Région	42	48	58	76	88	94	106	116	131	141

2.4.2.2. Les moyens logistiques et matériels

La gestion de la logistique des médicaments est assurée à travers le schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels (SDAME) et celle des vaccins à travers le programme élargi de vaccination.

Les CSCOM sont équipés afin de pouvoir dispenser le paquet minimum d'activités.

Les CSREF disposent de plateau chirurgical et d'analyses biomédicales. Ils disposent d'ambulance pour les évacuations à l'intérieur de district et du district vers l'hôpital régional. L'hôpital est une structure de deuxième référence, capable de dispenser des soins spécialisés : ophtalmologie, odontostomatologie, pédiatrie, traumatologie...

Chaque structure de santé dispose d'une radiocommunication et/ou d'un téléphone, pour la référence/évacuation, la surveillance épidémiologique et autre.

2.4.2.3 . Le personnel

Le personnel est composé de 1098 travailleurs dont 412 seulement sont qualifiés soit un pourcentage de qualification de 38%.

Tableau N°6 : Les ratios de personnel qualifié en 2007 dans la région de Kayes

	RATIO sage femme	RATIO infirmier	RATIO médecin
Région	60 254	6 025	18 338
Norme OMS	5000	5000	10000
Mali 2007	21 615	3 365	18 563

2.4.2.4 . Les organes de gestion

❖ Le plan opérationnel

Il est élaboré en équipe, revu et évalué annuellement. Le plan annuel s'inscrit dans les perspectives du Plan de Développement Socio Sanitaire de cercle (PDSSC).

❖ La supervision et le monitoring

Les activités de supervision sont de deux ordres. Le district reçoit la supervision intégrée de la région au moins 2 fois dans l'année et le district doit superviser au moins 1 fois par trimestre tous les centres de santé communautaires et les unités du centre de santé de référence. Il existe des supervisions spécifiques.

Le monitoring est semestriel et concerne principalement le PEV, les CPN, les consultations curatives et la gestion financière du CSCoM.

❖ L'équipe cadre

Au niveau de la région et du district, le Directeur régional ou le médecin chef de district assure la gestion en constituant une équipe cadre.

❖ La dynamique communautaire

A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des comités/conseils de gestion pilotent la gestion des centres ou des hôpitaux. Leur composition varie par niveau mais, comporte des représentants de l'administration, des collectivités locales, de la société civile.

Dans la région de Kayes, les associations de santé communautaires sont en majorité dynamique (81%) malgré l'existence d'ASACO pas du tout fonctionnelles à Kéniéba (8%) et Kayes(3%)

❖ Le système d'information sanitaire local

Le taux de complétude des RTA (rapport trimestriel d'activités) n'est de 100% qu'à Diéma, pour l'année 2007. La non complétude serait due essentiellement à la non régularité d'envoi des rapports des structures privées, parapubliques et des CSCOM souffrant d'absence temporaire ou de manque de personnel qualifié dans le remplissage.

Il y a un manque de promptitude de transmission des rapports dans la plupart des cercles de la région, allant de 1 à plus de 60 jours. Ceci entraîne un retard d'un à 2 mois dans la transmission des rapports de la région vers le niveau national.

2.4.3 .Utilisation des services de santé dans la région

Tableau N°7 : Indicateurs d'utilisation des services en 2007 dans la région de Kayes

	Taux en 2007	Prévu dans le plan opérationnel
Consultations curatives	0,32 NC/an/ Hbt	0,50NC/an/Hbt
Suivi de la grossesse/ accouchement		
Consultations prénatales 3+ SP	47%	80%
VAT2+ R femmes enceintes	51%	95%
VAT2+ R femmes non enceintes	6%	80%
Accouchements assistés	50%	80%
Accouchements à domicile	10%	
Consultations postnatales	22%	70%
Vaccination des enfants de 0-11 mois		
BCG	102%	95%
Polio 0		95%
DTCP3	49%	80%
Hb3	37%	80%
Penta3	30%	80%
VAR	74%	80%
Hôpital Fousseyni DAOU		
Occupation des lits	41%	60%
Mortalité hospitalière	5,4%	2%
Référence	0,3%	2%
Disponibilité des médicaments	80%	100%

La région n'a pas atteint les résultats escomptés en 2007 pour la plupart des activités. En plus de ces indicateurs d'utilisation de service habituels, plusieurs autres sont mesurés au niveau de la région pour le suivi des activités ou stratégie. Il s'agit principalement de ceux du suivi de :

- L'approche syndromique des IST ;
- La gestion financière des centres de santé communautaires ;
- Schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels ;

- La fonctionnalité des ASACO ;
- Financement alternatif de la santé.

2.4.4 . Le profil épidémiologique de la région en 2007 [26]

2.4.4.1 . Les maladies prioritaires, maladies émergentes et ré émergentes

Le paludisme (204837 cas) et le VIH/SIDA (294 cas) constituent des causes majeures de morbidité et de mortalité. Le nombre de décès dus au paludisme était de 303 décès soit une létalité de 1%. Par contre la létalité du sida était de 3%.

En 2007 la région a enregistré 216 cas de tuberculose soit un taux de détection de 16%. Il reste largement en deçà de l'objectif national. Le taux de succès du traitement était de 60% contre 80% fixé par le niveau national. Les schistosomiasis demeurent préoccupantes avec 9101 cas notifiés.

2.4.4.2. Les maladies à éradiquer et à éliminer

Certains efforts importants mais limités dans le temps, devraient aboutir dans les années qui suivent, à l'élimination ou l'éradication de certaines maladies :

La région n'a pas enregistré de cas de poliomyélite, de tétanos néo-natal ni de dracunculose.

Le traitement à l'ivermectine et à l'albendazole sous directive communautaire a connu un taux de couverture de 80% (onchocercose et filariose lymphatique). La prévalence de la lèpre est en légère réduction dans la région en 2007. La lèpre est sous le seuil d'élimination dans la région, mais demeure nettement en haut du seuil d'élimination dans le cercle de Kéniéba. Le nombre de trachome notifié était de 302 cas soit une incidence de 0,18%.

2.4.4.3 . Les maladies à potentiel épidémique

Dans le cadre du programme élargi de vaccination et de la lutte contre les épidémies, des efforts particuliers sont consentis par les différents services de santé pour la prévention, la surveillance et le traitement précoce.

En 2007, la région a enregistré comme maladie à potentiel épidémique, 14 cas de rougeole et 57 cas de méningite. Leur létalité respective a été de 0,01% et 0,03%.

2.4.4.4. Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont perçues de plus en plus comme des problèmes de santé publique.

La malnutrition reste fréquente et constitue un problème grave pour la région. 6290 cas et 30 décès soit 0,4% létalité. Le nombre d'accidents de la route a nettement augmenté, passant de 7 749 en 2006 à 11 185 en 2007.

2.4.4.5 . Autres affections

Les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les maladies mentales, les affections respiratoires chroniques, les maladies cécitantes, la drépanocytose et les maladies liées au vieillissement sont en constante augmentation.

2.4.5 . Les défis et les atouts dans la région de Kayes [26]

❖ Atouts de la région

- L'existence d'une politique sectorielle, de plans de développement sanitaire ;
- L'existence d'instituts de formation en sciences de la santé;
- La décentralisation : répartition des rôles entre les nouvelles collectivités locales et les structures de santé;
- Une dynamique communautaire satisfaisante.

❖ Défis majeurs

- Les taux élevés de morbidité et de mortalité, particulièrement liés au paludisme, au VIH/sida, à la tuberculose, à la malnutrition, aux traumatismes, au péril fécal...;
- L'existence de proportion importante de la population (22%) qui n'a pas accès aux structures de santé ;
- Faiblesse de la fréquentation des structures (0,39NC/Hts/an) et de la qualité des services ;
- Un déficit majeur en ressources humaines qualifiées (38%), associé à une répartition très inégale de ce personnel dans la région ;
- Le problème crucial de disponibilité et/ou d'accès pour les populations aux médicaments et à la transfusion sanguine ;
- Les problèmes de suivi, de coordination et d'évaluation des projets et programmes;
- La faible capacité d'absorption des ressources financières allouées au secteur, défi national ;
- La persistance d'une mauvaise complétude et promptitude des rapports d'activités de routine.

3 . Problématique

3.1 . Enoncé du problème

L'analyse de la situation à travers le plan opérationnel, l'annuaire statistique, les rapports de supervision et de monitoring nous a permis de cerner un certain nombre de problèmes liés au système d'information en général et aux activités de PCIME en particulier.

Les données liées aux activités de la PCIME sont relevées sur divers supports et outils. Au cours de la consultation, les prestataires renseignent des fiches de prise en charge (annexe), des registres de consultation et des carnets de santé de l'enfant (pour ceux qui en disposent). Les fiches de prise en charge sont en rupture fréquente et d'utilisation difficile. En effet, pour nombre de prestataires l'utilisation des fiches prend du temps en plus de la complexité. Très peu d'enfants disposent de carnet de santé. Le registre de consultation jusqu'à présent utilisé dans les formations sanitaires n'est pas adapté. Ce registre comporte des rubriques manquantes ou inadaptées pour la PCIME : la notification de signes d'évaluation (général de dangers) ou de classification.

Dans le système d'information sanitaire, nous avons le rapport trimestriel d'activité (RTA) des services dans lequel aucun tableau de bord ne permet de renseigner les indicateurs clés de la PCIME. Ces rapports sont transmis en retard et ne sont pas complets le plus souvent. L'outil informatique est disponible dans les CSRef et à la DRS. Dans les CSCom les supports sont manuels.

La disponibilité des outils de collectes de données et leur adéquation à tous les besoins de renseignements des indicateurs clés de la PCIME demeurent problématiques.

Les données par rapport à la PCIME sont loin d'être suffisantes au Mali. En 2007, 21 districts sanitaires sur les 59, appliquaient cette approche [25]. Une enquête sur les indicateurs de la PCIME, en 2004, dans les districts ayant mis en œuvre l'approche a permis de relever le niveau d'insuffisance de la collecte des données dans ces districts. Les résultats sur la disponibilité des données et le niveau de documentation des indicateurs de la PCIME montrent une irrégularité du suivi lors des supervisions.

Ainsi, la faible collecte des données et l'inexistence d'outils appropriés constituent des problèmes dans cette approche.

La formation pour l'amélioration des compétences des prestataires (première composante de la PCIME), considérée comme lourde (surtout en ressources financières) connaît un financement très timide [27,25]. Ainsi, dans la région de Kayes, la couverture en PCIME clinique est de 2/7 districts.

L'extension de la PCIME connaît un retard notoire dans la région.

3.2 . Ampleur et importance du problème

La faible collecte des données qui entraîne une non disponibilité de l'information utile, a un impact sur tout le système de santé et sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Ainsi :

- les problèmes et besoins spécifiques ne sont pas cernés ;
- le suivi de l'évolution des activités et des indicateurs n'est pas adéquat ;
- l'allocation des ressources n'est pas fondée sur des décisions éclairées.

Le problème concerne tous les districts PCIME. Il affecte tout le SIS malgré la disponibilité, le plus souvent, de supports de collecte des données de routine.

3.3 . Conséquences du problème

La non disponibilité des données a de nombreuses conséquences.

Pour la population :

- l'offre du PMA complet n'est pas garantie ;
- la continuité des soins n'est pas garantie ;
- la qualité de la prise en charge n'est pas suffisante ;
- l'adhésion de la population à cette approche n'est pas assurée.

Pour le système de santé :

- la gestion des activités est approximative ;
- l'inefficacité des programmes ;
- le suivi et l'évaluation de la performance insuffisamment réalisés ;
- la non optimisation de l'amélioration du fonctionnement du système de santé et de l'état de santé de la population.

4 . Les objectifs de l'étude

4.1 . But

Contribuer à l'amélioration du système d'information sanitaire lié à la prise en charge intégrée des maladies (PCIME) de l'enfant au Mali.

4.2 . Objectif général

Evaluer la collecte des données liées à la PCIME dans les centres de santé de la région de Kayes.

4.3 . Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs qui limitent la collecte de données liées à la PCIME dans les centres de santé de la région de Kayes;
- Rechercher les causes de ces entraves à la bonne collecte des données ;
- Identifier des solutions idoines pour la résolution du problème prioritaire;
- Proposer un plan de mise en œuvre de la solution prioritaire pour l'amélioration du système de collecte de données ;
- Formuler des recommandations pour l'application du plan de mise en œuvre.

5 . Méthodologie

5.1 .Type d'étude

Nous avons utilisé comme outil méthodologique, la résolution de problème. Elle nous a permis de faire ressortir le problème primordial qu'est l'insuffisance de collecte des données de la PCIME. Ce problème a été analysé, une solution primordiale retenue et un plan de mise en œuvre élaboré pendant des séances de travail avec les équipes cadres de la région.

5.2 . Population d'étude

Deux populations ont été concernées par l'étude :

- Dans les districts de santé formés en PCIME clinique : les chefs de postes médicaux formés, le médecin chef, le chargé SIS et le médecin chargé de PCIME ;
- A la direction régionale de la santé de Kayes : le directeur régional, les chefs de division, le chargé SIS.

Nous avons choisi un degré de précision de 10% et un intervalle de confiance de 95%. Ainsi, nous avons déterminé 30 personnes à enquêter réparties comme suit :

- Direction régionale : 4 personnes
- District de Kita : 10 chefs de postes et 3 personnes du CSRef
- District de Diéma : 10 chefs de postes et 3 personnes du CSRef

Au niveau de ces structures de santé périphérique, le chef de poste est le seul agent formé à la PCIME.

Nous n'avons pas retenu dans l'étude, les districts n'ayant pas entamé la mise en œuvre de la PCIME clinique.

L'étude a été menée avec le consentement des médecins chefs des districts et du Directeur Régional de la Santé:

- Introduction dans le milieu d'étude : réunions de prise de contact avec les membres de la direction régionale et les médecins chefs de Diéma et Kita ;
- Elaboration de notes de service pour nous permettre d'effectuer nos enquêtes ;
- Identification des problèmes et définition de critères de priorisation pendant des séances de travail avec les équipes cadres. Il en a été de même pour les recherches de causes et de solutions.

5.3 . Méthodes et outils de collecte de données

Les données ont été collectées par :

- l'exploitation des plans opérationnels, des rapports de formation, de supervision, de monitoring et d'ateliers de restitutions ;
- des entretiens avec les prestataires formés en PCIME et les responsables de districts et de la région de Kayes.

Différents outils ont été utilisés. Il s'agit de grilles d'entretien pour l'identification du problème, pour la recherche de causes de ce problème et pour la recherche de solutions. (Voir annexes)

5.4 . Méthodes d'analyse des données

5.4.1 . Identification du problème prioritaire

L'analyse de la situation nous a permis de retenir les problèmes majeurs par rapport à la PCIME clinique.

Nous avons élaboré, avec les responsables (4 à la DRS et 3 dans chaque districts), des critères qui ont été pondérés afin de nous permettre d'identifier le problème primordial. Ce sont :

Critère 1 : Volonté d'œuvrer pour la résolution du problème

Forte : 3 Indifférent : 2 Faible : 1

Critère 2 : Existence de facteurs de résolution du problème

Oui : 3 Méconnu : 2 Non : 1

Critère 3 : Impact de la résolution du problème sur l'autre problème

Important : 3 Peu : 2 Nul : 1

5.4.2 . Recherche de causes

Nous nous sommes intéressés aux causes probables d'une mauvaise collecte des données de PCIME à travers la revue documentaire et aux résultats de nos entretiens avec les responsables et les prestataires de soins. Nous avons ainsi retenu la cause qui sied le plus pour notre cadre d'étude, en fonction des critères suivants :

Critère 1 : importance de la cause

Très faible : 1 Faible : 2 Moyenne : 3 Grande : 4 Très grande : 5

Critère 2 : risque en cas d'inaction

Très infime : 1 Infime : 2 Moyen : 3 Grand : 4 Très grand : 5

5.4.3 . Recherche de solution prioritaire

Le choix de la solution à retenir a été soumis à un ensemble de critères élaborés par les responsables.

Critère 1 : la faisabilité **Critère 2** : le coût **Critère 3** : le soutien des responsables

Les scores de ces critères ont été pondérés afin de nous permettre d'identifier la solution primordiale.

5.4.4 . Élaboration de plan de mise en œuvre de la solution

Nous avons élaboré un plan de mise en œuvre pour la solution retenue, comportant un cadre logique, un plan d'action, un chronogramme des activités, un budget et un plan de gestion des activités.

5.4.5 .Traitement des données

Les données de l'enquête ont été traitées selon une grille définie pour tous les niveaux. Les différentes causes, les propositions de solutions et les recommandations ont été regroupées selon leur ressemblance.

Une base de données a été élaborée sur SPSS 12.0. Le logiciel Excel a été utilisé pour les calculs et Word pour la rédaction.

5.4.6 . La revue documentaire

Nos recherches se sont articulées autour des études portant sur les difficultés et les contraintes liées à la mise en œuvre de la PCIME au Mali.

Nous avons consulté la base de données du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'UNICEF et autres sources (voir références).

Nous avons procédé par :

- une sélection en fonction des titres ;
- une lecture des résumés des articles et
- une appréciation de la pertinence avec notre sujet.

5.5 . Limites et contraintes de l'étude

Le choix de deux districts a nécessité un temps prolongé et de grandes ressources pour la réalisation des enquêtes. En plus, les responsables de districts et de la direction

régionale n'ont pu être réunis que deux fois autour de notre travail. Il nous a fallu utiliser le téléphone ou l'e-mail pour nos besoins de communication avec les responsables de districts.

Nous étions dans l'impossibilité de joindre certains centres en raison de la non praticabilité des routes en saison pluvieuse. Le départ de certains chefs de poste formés (mutation ou abandon) ne nous a pas permis de prendre en compte certains centres retenus pour l'étude et des changements ont été effectués.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

6 . Résultats de l'étude

6.1 . La situation de l’offre de soins de PCIME clinique

Les districts de Kita et de Diéma appliquent la PCIME clinique dans toutes les structures de base. Néanmoins, cette couverture est nettement en dessous des 60% (norme OMS) de personnel[27], prenant en charge les enfants, formé pour les déclarer district PCIME. En effet, *une seule personne a été formée dans ces centres, le plus souvent, le chef de poste médical*. Nos entretiens ont concerné 20 chefs de postes et 6 responsables de district et 4 responsables de la DRS.

Tableau N°8 : Répartition des personnes enquêtées selon leur qualification

Qualification	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Technicien de santé	11	1	12
Technicien supérieur de santé	8	1	9
Assistant médical	1	1	2
Médecin	6	1	7
Total	26	4	30

6.2 . Les activités principales des agents en charge de la collecte des données

Selon les niveaux, les personnes interrogées sont des prestataires de soins de santé curatifs, préventifs, promotionnels et des coordinateurs de ces activités. *Tous les prestataires assurent la collecte de données mais, des agents chargés du système local d’information coordonnent le circuit et traitent les données*. Toutes ces personnes (100%) trouvent que la collecte des données est importante.

6.3 . L’expérience des agents

Le nombre moyen d’années d’expériences de service des agents est de 8,27 ans, avec des extrêmes de 1 et 29 ans. *La moyenne d’année d’application de la PCIME est de 2,45 ans, avec des extrêmes de 2 et 5 ans*.

6.4 . Les formations reçues en PCIME par les agents

La majorité des personnes interviewées a reçu des formations en PCIME clinique (26/30) et communautaire (100%). Les formations en information sanitaire ne sont pas développées (4/30) et ne sont pas spécifiques dans la plupart des cas. *Ainsi, il paraît capital de mettre l'accent sur la gestion spécifique des données lors des formations.*

6.5 . Les différents outils de collecte de données

Au niveau des CSCom, les principaux supports de collecte de données sont les registres et les fiches de prise en charge des enfants. *Le registre de consultation et les supports de rapport paraissent incomplets pour collecter toutes les données de la PCIME.* Celle ci est une nouvelle approche et certains volets de la prise en charge de l'enfant ne ressortent pas dans le registre. Certains agents tracent eux même dans les registres pour pouvoir collecter des données utiles. *Les fiches de prise en charge sont en rupture fréquente et celles utilisées ne sont pas bien archivées.* Leur reproduction est onéreuse pour les CSRef et les CSCom.

Au niveau du district et de la DRS, le support électronique sert d'outil de travail en plus des rapports sur papier.

6.6 . L'existence de bases de données

La DRS et les CSRef ne disposent pas de base de données spécifique à la PCIME clinique. Les indicateurs clés de cette approche ne figurant pas sur les supports de rapports d'activités, il n'existe aucune stratégie d'agrégation des données. En effet, *ces indicateurs ne sont évalués que lors d'enquêtes sporadiques* alors qu'il est important de faire un suivi régulier des agents après la formation. Il a été démontré qu'il existe un lien entre la performance des agents et le délai de suivi après formation. Plus le délai est long, plus la performance diminue pour certaines tâches essentielles sauf dans la recherche des signes de danger [25]. *Un suivi régulier de l'application de la PCIME par les agents est une nécessité pour garantir des soins performants.*

6.7 . La rétro information

La rétro information se fait lors des réunions mensuelles mais, les agents avouent qu'elle est insuffisante, surtout concernant l'application de la PCIME. La DRS produit l'annuaire statistique, en retard et en nombre insuffisant. *Certes, les données par*

rapport à la santé de l'enfant sont fournies selon le circuit du système national d'information sanitaire mais, celles spécifiques à la PCIME ne sont pas collectées. Néanmoins, certaines nouvelles approches bénéficient de collecte de données, notamment l'approche syndromique des IST-VIH/sida ou l'implication communautaire (fonctionnement des ASACO) [26].

6.8 . La supervision

La supervision intégrée est effectuée. *Les difficultés de supervision liées à la PCIME se rapportent à l'insuffisance de superviseurs formés.* Les districts ne disposent que de deux (2) formés pour Kita et un (1) pour Diéma. A la DRS, seul le DRS est formé en PCIME clinique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

7 . Analyse du problème

7.1 . Identification des problèmes

Les problèmes majeurs identifiés par rapport à la PCIME clinique, dans la région de Kayes, ont été :

Problème 1 : les données liées à l’application de la PCIME sont collectées de façon insuffisante dans les districts formés, pourtant indispensables pour le calcul des indicateurs clés de suivi de cette stratégie.

Problème 2: la couverture en PCIME clinique est de 2 districts sur 7 que compte la région de Kayes.

7.2 . Priorisation des problèmes

L’analyse des problèmes selon ces critères établis nous a permis d’obtenir les résultats suivants (moyenne des cotations) :

Tableau N° 9: Hiérarchisation des problèmes

	Critère 1	Critère 2	Critère 3	TOTAL
Problème 1	3	3	2	8
Problème 2	3	2	2	7

L’insuffisance de la collecte des données (Problème 1), ayant totalisé le plus grand nombre de score, a été le problème majeur retenu.

Ainsi, notre action consisterait à trouver une solution durable pour une bonne collecte des données liées à la PCIME dans les districts de Diéma et Kita.

7.3 . Identification des causes

7.3.1 . Les causes selon la littérature [28,29]

L’analyse de la situation sur le système d’information sanitaire permet d’identifier comme problème prioritaire, l’insuffisance de la collecte des données. Les principales causes seraient liées aux compétences des agents, à l’organisation du travail, à la méconnaissance de l’importance de l’information sanitaire et à l’indisponibilité des moyens logistiques dans les structures de santé.

❖ L'incompétence des agents

La mise en œuvre de la PCIME a pour préalable les formations des prestataires basées sur des modules spécifiques. Lors de ces sessions, on note cependant un manque de formation spécifique sur la gestion des données liées à cette stratégie. Les supervisions intégrées insistent très peu sur la PCIME car, peu de superviseurs sont formés. Il s'en suit un désintéressement des professionnels à la collecte des données entraînant une incomplétude et une non promptitude des rapports d'activités.

❖ Une mauvaise organisation des services

Les exigences du travail et de la collecte des données ne sont pas satisfaites. Les agents dénoncent une surcharge de travail par insuffisance de personnel ou de nombre élevé de patients ou d'activité non intégrée ou de manque de motivation ou d'expérience. Pour faire face à la surcharge de travail, certains agents relèguent au second plan les activités qu'ils jugent peu importantes comme la collecte des données.

❖ La méconnaissance de l'importance de l'information sanitaire

Elle est consécutive à la non implication des agents des structures périphériques dans la définition des indicateurs et se manifeste par l'absence de base de données, une non utilisation des données pour les besoins locaux et une réticence à fournir les données. En outre, l'insuffisance ou le manque d'utilisation des informations produites par les centres pour leur évaluation et la défaillance du système d'évaluation de la performance des agents et des structures ne motivent pas les prestataires à recueillir les informations issues de ses activités quotidiennes.

❖ La non disponibilité de moyens logistiques

Dans la majorité des structures, les supports de collecte spécifiques ne sont pas disponibles. L'absence de matériel informatique entraîne une faible capacité de traitement des données. Dans certains cas, cette non disponibilité est due à une mauvaise estimation des besoins.

7.3.2 . Les causes selon notre étude

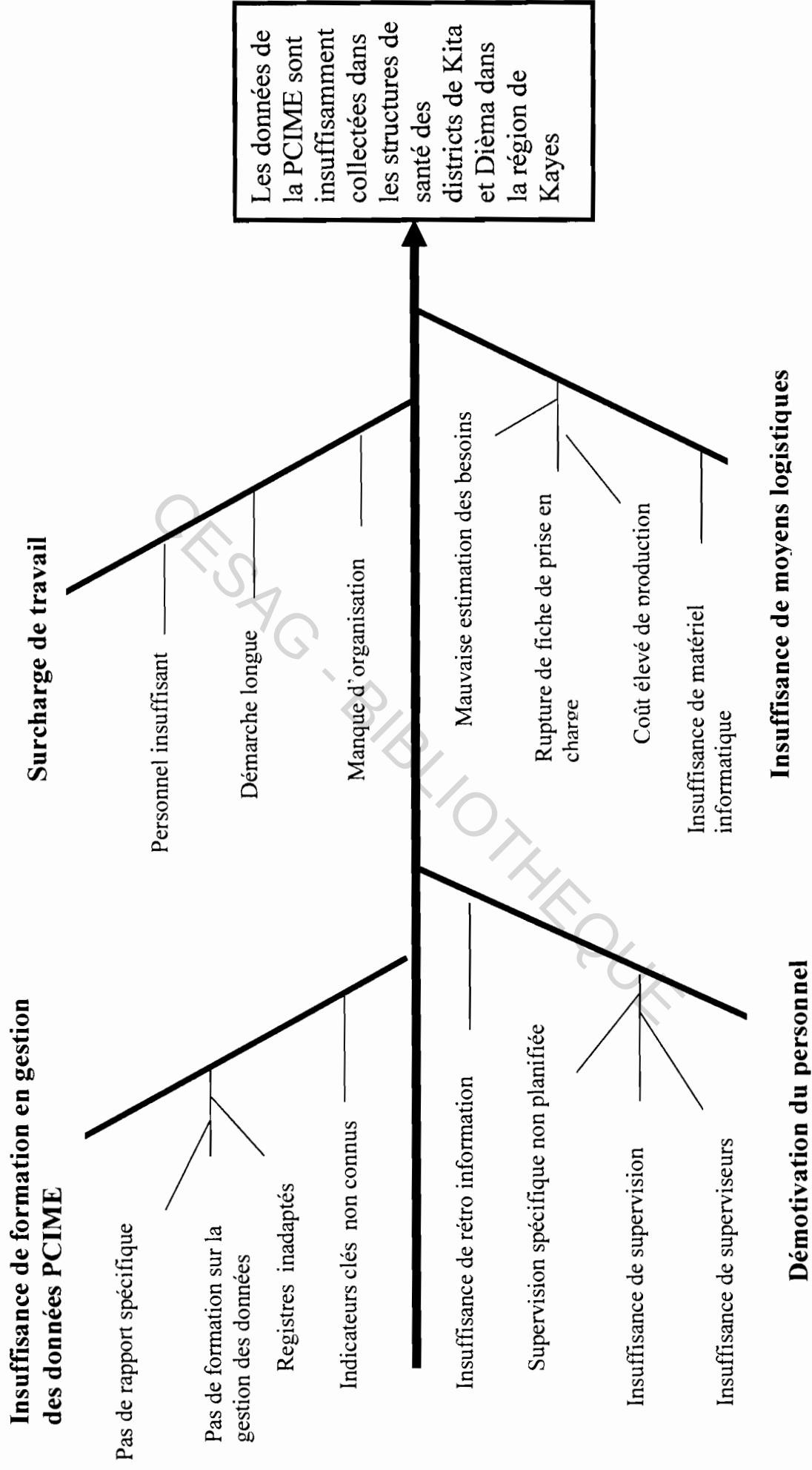
Les causes liées aux prestataires de services et au cadre de travail varient selon les agents et le niveau où exercent ces agents. Nous avons regroupé les causes qui sont reproduites dans le tableau suivant :

Tableau N° 10: Principales causes de l’insuffisance de collecte des données PCIME

Causes	Nombre
Manque de formation spécifique sur la gestion des données de la PCIME	27
Insuffisance de supervision	23
Insuffisance de rétro information	20
Surcharge de travail	26
Manque d’encouragement	16
Registre/fiche de rapport inadaptés et ruptures de fiches de prise en charge	29
Manque de matériel informatique	9
Méconnaissance des indicateurs clés de la PCIME	22
Démarche longue de la PCIME	4

Des causes secondaires ont été mentionnées. Nous avons établi un diagramme d’Ichikawa (ci-après) pour élucider l’ensemble des causes.

Figure N°2 : Représentation en arêtes de poisson des causes de l'insuffisance de la collecte des données



7.4 . Hiérarchisation des causes

Nous avons procédé à l'analyse de chaque cause en fonction des critères d'importance et de risque en cas d'inaction avec les responsables. Nous avons établi, dans le tableau suivant, le score moyen obtenu par chaque cause.

Tableau N°11: Hiérarchisation des causes

Causes	Importance	Risque en cas d'inaction	Score Total
Manque de formation spécifique sur la gestion des données de la PCIME	5	5	10
Insuffisance de supervision	3,5	3	6,5
Insuffisance de rétro information	2	2	4
Surcharge de travail	3	2	5
Manque d'encouragement	1,8	1	2,8
Registre/fiche de rapport inadaptés et ruptures de fiches de prise en charge	5	3,75	8,75
Manque de matériel informatique	1	1	2
Méconnaissance des indicateurs clés de la PCIME	2	2	4
Démarche longue de la PCIME	1	1	2

Selon les scores établis, nous retenons comme prioritaires les causes suivantes, par ordre décroissant :

- ❖ Le manque de formation spécifique sur la gestion des données de la PCIME

Selon les agents, seul le remplissage de la fiche de prise en charge de l'enfant malade est enseigné lors de la formation. L'enregistrement dans le registre de consultation et la production de rapport n'ont pas été abordés par les formateurs. Pour les agents, il est utile d'avoir une gestion spécifique des données de la PCIME.

- ❖ Les registres de consultation/les fiches de rapports actuels inadaptés et rupture de fiches de prise en charge

Les deux premiers supports ne prennent pas en compte beaucoup de variables de la démarche et les fiches de prise en charge de l'enfant malade sont fréquemment en rupture.

❖ L'insuffisance de supervision

Le suivi immédiat après la formation a été la seule supervision des prestataires. La région et les districts connaissent une insuffisance de superviseur.

7.5 . Identification de solutions

7.5.1 . La situation souhaitée pour la gestion et la qualité des données

Il est indispensable de disposer d'une information fiable et des données en temps utile en raison de la place prépondérante qu'occupe le SIS dans la planification, la mise en œuvre, le contrôle et la prise de décision. La situation idéale est de collecter, sur les différents supports nationaux, l'intégralité des informations de la PCIME dans tous les districts sanitaires concernés permettant de renseigner, périodiquement, l'ensemble des indicateurs clés[27].

Les supports nationaux ne sont pas adaptés pour la collecte des données de la PCIME.

7.5.2 . Les solutions selon la littérature [28,29]

La collecte des données constitue le noyau du système de suivi des activités de suivi de projets et programmes. Des outils appropriés à la collecte des données liées à la PCIME doivent être conçus et disséminés aux prestataires à travers des formations.

La collecte quotidienne des données nécessaires doit être assurée par les structures sanitaires de base. La synthèse des données se fait dans les structures opérationnelles ou d'autres structures de hiérarchie supérieure, pour l'élaboration de rapports trimestriels d'activités. La mise en place d'un système structuré de collecte des données va permettre de mieux faire les planifications pour la consommation juste et efficace des ressources.

7.5.3 . Les solutions selon notre étude

Tenant compte des résultats de l'enquête et les réalités de la région de Kayes, nous avons retenu deux solutions :

Solution 1 : La conception et la mise à la disposition des prestataires de service d'outils de collecte de données et de suivi de la PCIME.

Solution 2 : L'adaptation des supports nationaux pour permettre une collecte des données et de suivi de la PCIME.

7.6 . Justification du choix de la solution retenue

Le choix de la solution à retenir a été soumis à un ensemble de critères préétablis, qui sont la faisabilité, le coût et le soutien des responsables. Chaque responsable a attribué des scores à chaque solution selon les cotations des critères allant de 1 à 3. La pondération des scores a été faite et la compilation (moyenne) est établie dans le tableau suivant :

Tableau N°12 : Hiérarchisation des solutions

Solutions	Critères	Faisabilité	Coût	Soutien des responsables	Total
Solution 1		3	3	3	9
Solution 2		3	1	1	5

La **solution 1** a recueilli le maximum de scores des responsables. Selon ces derniers, avant l'adaptation (longue et coûteuse) des supports nationaux, il est possible pour la région d'adopter un système de gestion des données de la PCIME. L'action à mener consiste à planifier et à mettre en œuvre des activités permettant d'élaborer des outils de suivi de la PCIME et de les rendre disponibles auprès des prestataires de service de santé des districts sanitaires de Diéma et Kita, dans la région de Kayes.

8 . Mise en œuvre de la solution retenue

8.1 . But- Objectifs

La solution retenue pour une bonne collecte des données de la PCIME est l'élaboration des outils nécessaires et de les rendre disponible auprès des prestataires de services des districts sanitaires de Diéma et de Kita.

❖ But

Contribuer à l'amélioration de la gestion des données liées à la PCIME dans la région de Kayes, au bout d'un an.

❖ Objectif global

Collecter de façon complète et à temps toutes les données liées à la stratégie PCIME dans les structures sanitaires des districts de Diéma et Kita de la région de Kayes.

❖ Objectifs spécifiques

- Renforcer les compétences des prestataires de service et leurs responsables dans la collecte des données de la PCIME clinique dans la région ;
- Mettre un système de collecte des données de la PCIME en respectant la pyramide sanitaire.

8.2 . Cadre logique

Tableau N° 13: cadre logique pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)		Moyens de vérification (MV)	Hypothèses critiques
Objectif global :				
Collecter de façon complète et à temps toutes les données liées à la stratégie PCIME dans les structures sanitaires des districts de Diéma et Kita de la région de Kayes	Nombre de rapports reçus au niveau de la direction régionale de la santé respectant la complétude et la promptitude	Enquête de service		Mobilité du personnel formé
Objectifs spécifiques :				
- Renforcer les compétences des prestataires de service et leurs responsables dans la collecte des données de la PCIME clinique dans la région ;	Qualité de l'information sur la mise en œuvre de la PCIME	Enquête de service		Orientations stratégiques favorables
- Mettre un système de collecte des données de la PCIME en respectant la pyramide sanitaire.	Rapports d'activités trimestriels	Rapport de réunion ; Rapports de rétro information; supervision		Mobilité du personnel formé
Résultats/ Extrants :				
R1 : Tous les acteurs de la PCIME clinique de la région de Kayes sont formés sur les outils de collecte de données	Nombre d'acteurs formés sur l'ensemble des acteurs à former	Rapport de formation		
R2 : Un système de collecte des données est mis en place selon l'organisation pyramidale.	Disponibilité des données à tous les niveaux	Monitoring ; supervision		

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)		Moyens de vérification (MV)	Hypothèses critiques
Activités / Intrants :				
A1-1 : Elaborer un module de formation sur la collecte des données de la PCIME	Nombre de modules élaborés		Disponibilité des modules ; rapport de réunion d'élaboration	
A1-2 : Former 42 prestataires et 10 responsables de la PCIME au système de collecte des données	Nombre de personnes formées sur le nombre prévu		Rapport de formation	
A2-1 : Mettre à la disposition des 42 CSCCom, des 2 CSRRef et de la DRS les outils nécessaires pour la collecte des données	Nombre de centres disposant d'outils sur l'ensemble Nombre de jours de rupture d'outils par centre		Supervision ; bordereaux d'envoi et de réception	
A2-2 : Superviser trimestriellement la collecte des données de la PCIME dans les 42 centres	Nombre de supervisions effectuées sur le nombre prévu		Rapports de supervision ; enquête	
A2-3 : Evaluer le système de collecte des données au bout d'un an	Evaluations effectuées		Enquête ; rapport d'évaluation	

8.3 . Les ressources nécessaires

Les activités essentielles à mener pour atteindre ces objectifs sont les suivantes :

- Concevoir et mettre à la disposition des prestataires des outils de suivi des activités de PCIME ;
- Former ces prestataires à l'utilisation de ces outils ;
- Superviser les activités de PCIME des 42 CSCom appliquant la stratégie ;
- Effectuer une évaluation du projet par une enquête sur la qualité des données liées à la PCIME dans les structures de santé concernées.

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de notre solution sont d'ordre humain, matériel et financier. Leurs origines peuvent être diverses et le tableau suivant résume l'ensemble des ressources nécessaires :

Tableau N°14 : les ressources requises pour la réalisation des activités

Ressources		Requises	Disponibles	A rechercher	Provenance
Humaines	Médecin chef	2	2	0	Etat
	Superviseur district	4	4	0	Etat
	Superviseur régional	2	0	2	Etat
	Superviseur national	2	0	2	Etat
	Chauffeur	2	1	1	Etat
	Enquêteurs	12	0	12	DRS et districts
Matérielles	Chefs de poste	42	42	0	District
	Véhicule	3	3	0	DRS
	Modules	50	0	50	DRS
	Fiches d'enquête	90	0	90	DRS et districts
	Multimédia	1	1	0	DRS
	Ordinateur	1	1	0	DRS
	Imprimante	1	1	0	DRS
	Photocopieuse	1	1	0	DRS
	Rame papier 4x4	6	0	6	DRS et districts
	Salle équipée	3	3	0	DRS et districts
	Markers paquet	3	0	3	DRS et districts
	Rouleau flip chart	3	0	3	DRS et districts
	Stylo	50	0	50	DRS et districts
	Crayon	50	0	50	DRS et districts
	Taille crayon	50	0	50	DRS et districts
	Gomme	50	0	50	DRS et districts
	Chemise à rabat	50	0	50	DRS et districts
	Blocs notes	50	0	50	DRS et districts
Financières	Elaboration des outils	Voir budget			DRS et districts
	Formation	Voir budget			DRS et districts
	Supervision	Voir budget			DRS et districts
	Evaluation	Voir budget			DRS et districts

8.4 . Plan d'action

Tableau N° 15: Plan d'action pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME

Activités	Ressources	Responsable	Période	Indicateurs de résultats
1 - Elaborer un module de formation sur la collecte des données de la PCIME	Superviseur national, régional et de district ; Ressources financières	Directeur régional de la santé de Kayes	Novembre 2008	Le module de formation est élaboré
2 - Former 42 prestataires et 10 responsables de la PCIME au système de collecte des données	Formateurs ; matériel et lieu de formation	Médecins chefs de Kita et Diéma	Décembre 2008	Tous les acteurs de la PCIME sont formés
3 - Mettre à la disposition des 42 CScCom, des 2 CSREF et de la DRS les outils nécessaires pour la collecte des données	Superviseurs régional et de district ; outils élaborés	DRS et Médecin chef de district	Décembre 2008	Tous les agents disposent d'outils requis de collecte des données
4 - Superviser trimestriellement la collecte des données de la PCIME dans les 42 centres	Superviseurs régional et de district ; chauffeur; ressources financières	Superviseurs régional et de district	Mars, juin, septembre et décembre 2009	Les agents sont supervisés trimestriellement
5 - Evaluer le système de collecte des données au bout d'un an	Superviseurs régional et de district ; chauffeur; enquêteurs ; ressources financières	Superviseurs régional et de district	Décembre 2009	Le système de collecte des données est évalué

8.5 . Le chronogramme

Tableau N° 16: Chronogramme des activités pour le renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME

Activités	Chronogramme de novembre 2008 à décembre 2009												Responsables		
	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O		N	D
1 - Elaborer un module de formation sur la collecte des données de la PCIME	x														Directeur régional de la santé de Kayes
2 - Former 42 prestataires et 10 responsables de la PCIME au système de collecte des données		x													Médecins chefs de Kita et Diéma
3 - Mettre à la disposition des 42 CSCom, des 2 CSREF et de la DRS les outils nécessaires pour la collecte des données		x													DRS et Médecin chef de district
4 - Superviser trimestriellement la collecte des données de la PCIME dans les 42 centres					x				x			x			Superviseurs régional et de district
5 - Evaluer le système de collecte des données au bout d'un an														x	Superviseurs régional et de district

8.6 . Le budget de la mise en œuvre

Tableau N° 17: Budget de mise en oeuvre du renforcement des compétences des prestataires de service en collecte de données de PCIME
(Prix et coût exprimé en F.CFA)

Activités	Ressources	Quantité/ nombre	Prix unitaire	Nombre de jours	Coût Total	Pourcentage
TOTAL GENERAL					5.371.100	100%
1 - Elaborer un module de formation sur la collecte des données de la PCIME	Superviseur national	2	15000	4	120000	
	Superviseur régional	2	7500	3	45000	
	Superviseur district	4	7500	4	120000	
	Chauffeur	3	5000	4	60000	
	Rame papier 4x4	3	5000		15000	
	Rouleau flip chart	2	4000		8000	
	Markers paquet	1	4000		4000	
	Blocs notes	8	1000		8000	
	Stylo	8	75		600	
	Pause déjeuner	10	3000		30000	
	Carburant Bko- Kayes -Bko				40000	
	Carburant Kita-Kayes-Kita				40000	
	Carburant Diéma- Kayes- Diéma				30000	
Sous- total 1					520.600	9,70%
2 - Former 42 prestataires et 10 responsables de la PCIME au système de collecte des données	Formateur régional	2	15000	2	90000	
	Chauffeur	2	5000	3	30000	
	Formateur district	4	7500	2	60000	
	Participant	52	5000	3	780000	
	Rouleau flip chart	4			16000	
	Markers	4	4000		16000	
	Stylo	50	75		3750	

Ressources		Quantité/ nombre	Prix unitaire	Nombre de jours	Coût Total	Pourcentage
	Chemise à rabat	50	1000		50000	
	Rame papier 4x4	4	4500		18000	
	Modules	50	5000		250000	
	Blocs notes	50	1000		50000	
	Crayon	50	50		2500	
	Taille crayon	50	50		2500	
	Gomme	50	75		3750	
	Carburant Kayes -Kita- Kayes		40000		40000	
	Carburant Kayes- Diéma - Kayes		30000		30000	
	Transport participant	44	3000		132000	
Pause déjeuner		60	3000		180000	
Sous- total 2					1.754.500	32,60%
3 - Mettre à la disposition des 42 CSCom, des 2 CSREF et de la DRS les outils nécessaires pour la collecte des données	Registre de consultation	42	7500		315000	
	Fiche de rapports	42X4	1000		168000	
	Fiches de supervision	42X4	1000		168000	
	Fiche d'enquête	50	500		25000	
Sous- total 3					676.000	12,60%
4 - Superviser trimestriellement la collecte des données de la PCIME dans les 42 centres	Superviseur	4	7500	21	630000	
	Chauffeur	2	5000	42	420000	
	Carburant Diéma				140000	
	Carburant Kita				280000	
Sous- total 4					1.470.000	27,40%
5 - Evaluer le système de collecte des données au bout d'un an	Superviseur	2	15000	8	240000	
	Chauffeur	2	5000	8	80000	
	Enquêteur	4	7500	7	210000	

	Carburant Diéma	14	10000	140000	
	Carburant Kita	28	10000	280000	
Sous- total 5					17,70%
				950.000	

Le coût total de la mise en œuvre de la solution retenue s’élève à 5.371.100 F.CFA. L’élaboration d’outils de formation représente 9,70%, la formation des agents 32,60%, la reproduction des supports de collecte de données pour les centres de santé 12,60%, la supervision 27,40% et l’évaluation de la mise en œuvre 17,70%. L’évaluation et la supervision occupent une importante part du budget, en grande partie du fait du carburant. Cela s’explique par le fait que les deux districts sont très distants de Kayes (Diéma : 300km et Kita 680 km) et les CSCom éloignés des CSRef.

8.7 . Le plan de gestion des activités

La mise en œuvre du projet nécessite une bonne organisation impliquant une gestion administrative, une gestion des ressources humaines, financières et matérielles ainsi qu'un suivi et une évaluation. Ce système s'appuie sur le mode de fonctionnement existant de la DRS et des districts de Diéma et Kita.

8.7.1 . Les ressources humaines

L'équipe de mise en œuvre du projet est composée des acteurs suivants :

- ❖ le DRS

Il a un rôle essentiellement d'administrateur. Ainsi, il lui revient la responsabilité première de la gestion. Il signe les notes de service, convoque les réunions, exprime les besoins d'appui national et délègue des tâches aux différents intervenants. Il convient avec l'équipe du rythme des comptes rendus.

- ❖ le Médecin chef

Il est le responsable exécutif du projet. Il intervient dans la formation, la réalisation des outils de suivi et la supervision des CSCom.

- ❖ le superviseur régional

Il intervient dans la formation, la réalisation des outils de suivi et la supervision des districts.

- ❖ le superviseur national

Il intervient dans la réalisation des outils de suivi et l'évaluation du projet.

- ❖ le superviseur de district

Il intervient dans la formation, la réalisation des outils de suivi et la supervision des CSCom.

- ❖ les chefs de postes médicaux

Ils sont des acteurs déterminants. Ils sont chargés de pratiquer les compétences acquises pendant la formation et les recommandations formulées lors des supervisions.

- ❖ les enquêteurs

Ce sont principalement des facilitateurs de cours de PCIME choisis par le DRS sur proposition du superviseur régional.

- ❖ Le chauffeur

Il intervient au cours des réunions d'élaboration des outils, de la formation, de la supervision et de l'évaluation.

8.7.2 . Les sources de motivation

Il est capital que tous les acteurs comprennent et acceptent les objectifs du projet. La volonté de produire des informations (données disponibles et fiables de la PCIME) en santé infantile constitue la motivation première. Néanmoins, il convient d'utiliser d'autres types de motivation : des perdiems pour l'exécution de certaines activités; des supervisions formatives pour amélioration des compétences et résolution de problèmes; des rétro informations avec félicitation des centres ou équipe de district ayant atteint les objectifs.

8.7.3 . La gestion des activités

Elle est axée sur la répartition des tâches et le respect de l'échéancier. Un rapport sur l'état d'avancement des activités et les résultats à court terme est fait au DRS mensuellement.

❖ Le suivi

Il doit permettre le réajustement des moyens disponibles afin de garantir un bon déroulement des activités. Le suivi est essentiellement axé sur l'appréciation de l'état d'avancement du projet par l'analyse des échéanciers de réalisation selon le tableau suivant :

Tableau N° 18: canevas de mise à jour des activités [30]

Date de mise à jour :

Activités	Responsable	Date de début		Date de fin		État d'avancement
		Planifiée	Réelle	Planifiée	Réelle	

***codification pour l'état d'avancement : Activité terminée, en cours ou planifiée (à temps, en retard ou en avance).**

❖ La supervision

Assurée trimestriellement, elle est formative; axée sur le bon remplissage des outils, la gestion des données collectées et l'application des techniques de PCIME. Les fiches de suivi immédiat après la formation peuvent toujours servir de fiche de supervision.

❖ L'évaluation

Elle sera réalisée en fin de projet (décembre 2009) et consistera à mener une enquête sur la qualité des données liées à la PCIME. Elle permettra d'apprécier la performance du projet.

8.7.4 . La gestion des ressources financières

Elle se conforme aux procédures en vigueur dans les districts et à la DRS. Le DRS est l'ordonnateur des dépenses des activités de confection des outils, des supervisions des districts et de l'évaluation. Les médecins chefs sont les ordonnateurs des dépenses de formation et de supervision des CSCom.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

9 . Recommandations

La fiabilité des informations et leur communication en temps voulu sont les fondements d'un système de santé. Tous les acteurs du secteur, à tous les niveaux, ont besoin de données sûres pour pouvoir identifier les interventions adaptées au contexte. Dans nos systèmes de santé, les systèmes d'information sont fragiles. En effet, ni la complétude, ni la promptitude ne sont respectées dans la collecte et la transmission des données. En dépit des difficultés matérielles et/ ou humaines, une meilleure organisation des ressources disponibles peut permettre de se doter d'un système d'information performant.

Pour contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de 0 à 5 ans, il nous faudra produire l'information sanitaire fiable liée à la PCIME et cela à travers des actions que nous recommandons à divers niveaux :

9.1 . Au niveau national

Le niveau d'encrage institutionnel détermine les choix stratégiques. Pour une meilleure réussite de la mise en œuvre de la PCIME, le niveau national doit :

- élaborer un plan stratégique pour le développement et l'intégration des données de la PCIME dans le système d'information sanitaire national : méthode de collecte, analyse et utilisation des données ;
- renforcer les capacités d'intervention de la Division Santé de la Reproduction (Point focal) afin de lui permettre de réaliser un véritable suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la PCIME ;
- créer un cadre de concertation national sur l'analyse des données de la PCIME, impliquant toutes les régions ;
- Renforcer les compétences sur la gestion des données au niveau de tous les acteurs de terrain à travers des formations/recyclages et des supervisions formatives ;
- diffuser régulièrement les résultats issus des activités de PCIME et en évaluer les impacts.

9.2 . Au niveau régional

La place du niveau intermédiaire est capitale dans la réussite des interventions.

Dans le cadre de la PCIME, la région de Kayes doit :

- Former en urgence des superviseurs en PCIME clinique ;
- créer une base de données PCIME;
- doter et/ou maintenir un réseau informatique avec les districts pour faciliter la saisie, le traitement et l'analyse des données ainsi que la production de rapports d'activités ;
- organiser des supervisions régulières des districts sur la collecte des données ;
- motiver les prestataires par la reconnaissance de leurs performances.

9.3 . Au niveau du district

Premier niveau de coordination des activités, le district doit :

- Créer une base de données sur les activités de PCIME ;
- fournir des supports de collecte des données adaptés aux centres appliquant la PCIME ;
- organiser des supervisions régulières des CSCoM sur la collecte des données ;
- assurer la correction des rapports fournis par les centres et effectuer la rétro information;
- motiver les prestataires par la reconnaissance de leurs performances.

9.4 . Au niveau du CSCoM

Véritable niveau d'application de la stratégie, il est crucial, pour le chef de poste médical, de :

- S'engager pour la réussite de la PCIME après la formation ;
- tenir à jour tous les supports de gestion des données ;
- faire une analyse primaire des données pour des autocritiques ;
- effectuer une bonne organisation du travail afin d'éviter la relégation au second plan de la collecte des données ;
- partager l'information sanitaire avec tous les acteurs de la santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion

La gestion et diffusion de l'information sanitaire constituent le fondement des orientations stratégiques et politiques. Par conséquent, il convient de mettre en place une organisation capable de sélectionner les données pour renseigner les indicateurs les plus pertinents et les moyens pour y parvenir. La réduction de deux tiers du taux de mortalité infanto juvénile est le 4^e objectif de la déclaration du Millénaire pour le développement (OMD, septembre 2000). La PCIME a été retenue comme la stratégie essentielle efficace pour atteindre cet objectif. Elle permet de :

- améliorer les compétences des prestataires de service ;
- améliorer les pratiques familiales et communautaires ;
- renforcer le système de santé.

Notre étude s'inscrit dans ce dernier cadre, en vue de son amélioration dans les structures de santé des districts de Diéma et Kita dans la région de Kayes. En effet, le système d'information lié à la PCIME connaît des faiblesses, surtout en rapport avec la collecte des données.

L'étude du contexte et les entretiens avec les prestataires de services et leurs responsables nous ont permis de justifier l'existence d'une insuffisance de collecte de données. La recherche des causes a permis de retenir comme prioritaire, le manque de formation spécifique sur des outils de collecte de la PCIME. Plusieurs autres causes ont été identifiées notamment, le manque de supervision et formation spécifique sur la gestion des données de la PCIME, la rupture fiche de prise en charge, le manque de rétro information...

La solution à ce problème prioritaire est centrée sur la formation des prestataires aux outils de collecte de données, adaptés à la PCIME. La mise en œuvre de cette solution exige des moyens préalables dont les principaux pourvoyeurs sont la Direction régionale de la santé et les districts sanitaires concernés. Ce projet atteindra ses objectifs avec le respect du mécanisme de suivi. En plus, l'engagement de tous les acteurs, à tous les niveaux, est une condition essentielle et cela par l'exécution des recommandations formulées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Lambrechts T, Gamatié Y, Aboubaker S.** La bataille inachevée de la survie de l'enfant : quel rôle pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. *Méd Trop.* 2005; 65: 195-202.
- 2. Arrivé E, Perez F, Pierre LMW.** Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant: l'exemple de Haïti. *Cah Santé.* 2004; 14: 137-42.
- 3. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RE.** Programmatic pathway to child survival: results of multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Pol Plann.* 2005; 20 Suppl S1: i5-17.
- 4. OMS.** Repenser les soins aux enfants: l'optique de la survie, de la croissance et du développement. In *Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2005. 115-36.
- 5. Magula L, Ketsela T, Mason E.** Enquête dans les formations sanitaires mettant en œuvre la PCIME dans quatre pays Africains au sud du Sahara : Botswana, Malawi, Afrique du Sud et Tanzanie 2002-2004. *Bull Mal Transm Reg Afr.* 2004; 2: 1- 16.
- 6. OMS.** A propos de la planification de la PCIME. In *PCIME, guide la planification ; mise en œuvre de la PCIME à l'échelle d'un pays.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent (CAH) ; 1999. 1-68
- 7. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V.** Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : synthèse des premières expériences. *Bull World Health Organ.* 1999; 77 (7): 582-94.
- 8. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Cokou F, Deming MS.** Management of childhood illness at health facilities in Benin: problems and their causes. *Am J Public Health.* 2001; 91: 1625-35.
- 9. Huicho L, Dávila M, Campos M, Drasbeck C, Bryce J, Victora CG.** Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Pol Plann.* 2005; 20: 14-24.
- 10. OMS.** Des stratégies pour réduire les risques. In *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2002. 107-54.
- 11. Armstrong Schellenberg JRM, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O, et al.** Effectiveness and cost of facility- based Integrated Management of Childhood Illness [IMCI] in Tanzania. *Lancet.* 2004; 364: 1583-94.

- 12. Adam T, Manzi F, Armstrong Schellenberg J, Mgalula L, de Savigny D, Evans DB.** Does the Integrated Management of Childhood Illness cost more than routine care? Results from the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ.* 2005; 83: 369-77.
- 13. Manzi F, Armstrong Schellenberg J, Adam T, Mshinda H, Victora CG, Bryce J.** Out of pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. *Health Pol Plann.* 2005; 20 Suppl S1: i85-93.
- 14. Arifeen SE, Blum LS, Hoque DME, Chowdhury EK, Khan R, Black RE, et al.** Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early finding from a cluster- randomised study. *Lancet.* 2004; 364: 1595-602.
- 15. Guiscafré H, Martinez H, Palafox M, Villa S, Epinosa P, Bojalil R, et al.** Impact d'une unité de formation clinique sur la prise en charge intégrée de l'enfant malade au Mexique. *Bull Org Mond Santé Rec Articles.* 2001; 5: 88-95
- 16. Ali M, Asafaw T, Bayss P, Beyene H, Pedersen FK.** Helping northern Ethiopian communities childhood mortality: population-based intervention trial. *Bull World Health Organ.* 2005; 83: 27-33.
- 17. Ministère de la santé du Mali.** Quatrième Enquête Démographique et de Santé. EDSM4. 2006.
- 18. Ministère de la Santé du Mali.** Santé et pauvreté : document d'analyse de la situation sanitaire au Mali. 2001.
- 19. OMS.** Cadre politique de coopération technique de l'OMS avec les pays de la Région africaine. 1995.
- 20. Ministère de la Santé du Mali.** Bilan commun Mali - Nations Unies. 2001.
- 21. Ministère de la santé du Mali.** Troisième Enquête Démographique et de Santé. EDS III Mali, 2001.
- 22. Ministère de la santé du Mali.** Programme de développement sanitaire (PRODESS), 1998-2002 - mai 1998.
- 23. Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament.** Qualité de la prescription et de la distribution des médicaments au Mali - 2001 - juillet 2001.
- 24. Primature du Mali.** Décret N°99-204/PM-RM du 22 juillet 1999, portant création d'un comité interministériel pour la promotion de la Santé et de l'Action sociale.
- 25. TRAORE Diahara.** Evaluation de la formation des agents de santé à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Mali, Suivi après formation. Mémoire, Antwerpen, 2007 ; pages 3-5-8-9-26

- 26. Direction Régionale de la Santé de Kayes.** Annuaire statistique. avril 2007
- 27. OMS.** Indicateurs prioritaires de la PCIME au niveau des centres de santé et au niveau ménage. In PCIME, guide la planification ; mise en œuvre de la PCIME à l'échelle d'un pays. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, Département de la Santé et du Développement de l'Enfant et de l'Adolescent (CAH); 1999. 199-206.
- 28. UNFPA.** Planification et gestion des évaluations, processus de collecte des données ; New York US, août 2004
- 29. OMS, Bureau régional pour l'Afrique.** Politique de Santé Pour Tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle - Agenda 2020.
- 30. DIOP KHADY SECK.** Cours de Suivi et Evaluation ; CESAG 2008.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

ANNEXES 1 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES

Guide d'entretien à l'intention des responsables régionaux et de districts.

I- Identification de l'enquêté

1. Age :/___/ ans

2. Sexe : Masculin /___/ Féminin /___/

3. Qualification :

Technicien de santé /___/ Technicien supérieur de santé /___/ Médecin /___/ Assistant
médical /___/

Autres/___/ (à préciser).....

4. Nom de la structure.....

5. Nombre d'année d'expérience dans la collecte des données/___/ ans

II- Conditions et environnement de travail

6. Existe-il des structures sous votre responsabilité exerçant des activités de PCIME ?

Oui /___/ Non /___/

7. Sur quels supports transmettent-elles les informations générées par les activités de PCIME ?

Manuel (papier) /___/ Automatique (informatique) /___/

Autres/___/ (à préciser):.....

8. Quels sont les documents de collecte de données qui sont utilisés dans les centres?

Fiche de prise en charge /___/ Registre de consultation /___/ Fiche de rendez-vous /___/

Autres (à préciser).....

9. Ces documents vous permettent-ils de renseigner tous les indicateurs de la mise en œuvre de la PCIME ? Oui /___/ Non /___/

10. Y a-t-il des rubriques qui vous paraissent inadéquates ? Oui /___/ Non /___/

11. Souhaiteriez-vous que des renseignements complémentaires soient rajoutés ?

Oui /___/ Non /___/

12. Avez- vous une base de données sur les indicateurs des activités de PCIME ?

Oui /___/ Non /___/

13. Si non, pensez-vous que cela est nécessaire ? Justifiez votre réponse

.....

.....

14. Quel est le circuit de l'information utilisé dans la PCIME ?

Centre de santé- District- Région- Direction nationale /__/

Direction nationale - Région- District Centre de santé /__/

Dans les deux sens /__/

Autres/__/ (à préciser) :.....

15. Les données des activités de PCIME qui vous sont transmises, sont –elles complètes ?

Oui /__/

Non /__/

16. Les données des activités de PCIME sont –elles transmises à temps ?

Oui /__/

Non /__/

17. Quelles sont les raisons qui peuvent justifier l'insuffisance de la collecte des données, selon vous ?

Insuffisance de formation et/ou de supervision /__/

Surcharge de travail /__/

Manque d'organisation dans le travail /__/

Méconnaissance de l'importance de l'information sanitaire/__/

Support de collecte non disponible /__/

Support de collecte non spécifique /__/

Autres /__/ (à préciser) :.....

18. Décrivez leur importance et les risques en cas d'inaction selon l'échelle suivante :

N°	Raisons de l'insuffisance de collecte des données	Importance *	Risque en cas d'inaction**
1			
2			
3			
4			
5			

*Très faible : 1 Faible : 2 Moyenne : 3 Grande : 4 Très grande : 5

**Très infime : 1 Infime : 2 Moyen : 3 Grand : 4 Très grand : 5

19. Selon vous, quelles sont les principales forces, faiblesses et recommandations pour améliorer le système d'information sanitaires ?

N°	Forces	Faiblesses	Recommandations
1			
2			
3			
4			
5			

20. Faites-vous la rétro information ? Oui /__/ Non /__/

21. Si oui, à quelle périodicité ?

Mensuelle /__/ Trimestrielle /__/ Semestrielle /__/ Annuelle/__/

30. Quel est le canal que vous utilisez pour la rétro information sur la PCIME ?

Rapport de rétro information /__/ Atelier /Réunion /__/

Téléphone /__/ RAC /__/

E-mail (Internet) /__/ Bulletin d'information /__/

Autres (à préciser).....

31. Selon vous, quelles sont les principales forces, faiblesses et recommandations pour améliorer la rétro information ?

N°	Forces	Faiblesses	Recommandations
1			
2			
3			
4			
5			

32. Analysez- vous les données qui vous sont transmises ? Oui /__/ Non /__/

33. Supervisez- vous les agents de santé des structures de santé dans la collecte des données de PCIME ? Oui /__/ Non /__/

34. Si non, quelles sont les raisons ?

.....

35. Si oui, à quel rythme ?

Mensuel /__/ Trimestriel /__/ Semestriel /__/ Annuel /__/

36. Quels sont les autres systèmes d’encadrement des agents en dehors de la supervision en matière de collecte de données?

.....
.....

37. Comment qualifiez –vous l’utilisation des données dans la prise de décision ?

Très bonne / __/ Bonne / __/ Passable / __/ Insuffisant / __/

38. Quelles sont vos suggestions pour une meilleure utilisation de ces informations ?

.....
.....

39. Quelles sont vos suggestions pour améliorer le système de collecte des données de la PCIME ?

.....
.....
.....
.....
.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PRESTATAIRES DE SANTE

Guide d'entretien à l'intention des prestataires de services de santé

I- Identification de l'enquêté

1. Age :/___/ ans

2. Sexe : Masculin /___/ Féminin /___/

3. Qualification

Technicien de santé /___/ Technicien supérieur de santé /___/ Médecin /___/ Assistant médical /___/ Autres (à préciser).....

4. Nom de la structure :

5. Nombre d'année d'expérience dans la PCIME /___/ ans

6. Nombre d'année d'exercice dans la structure /___/ ans

7. Quelles sont vos principales activités/ tâches ?

.....
.....

II- Conditions et environnement de travail

8. Avez –vous bénéficié de formations en PCIME dans ces trois dernières années ?

Oui /___/ Non /___/

9. Si oui, dans quelle composante s'inscrivait-elle ?

Clinique /___/ Communautaire /___/ Les deux /___/

10. Au cours de la formation en PCIME clinique, avez-vous reçu des informations sur la collecte des données au cours de cette formation ?

Oui /___/ Non /___/

11. Appliquez-vous la PCIME quotidiennement ? Oui /___/ Non /___/

12. Quels sont les documents de collecte de données qui sont utilisés pour les activités de PCIME?

Fiche de prise en charge /___/ Registre de consultation /___/ Fiche de rendez-vous /___/

Autres (à préciser).....

13. Quels sont les supports de collecte des données que vous utilisez ?

Manuel (papier) /___/ Automatique (Informatique) /___/

Autres /___/ (à préciser) :

14. Ces supports vous permettent-ils de collecter chaque jour, toutes les données nécessaire ? Oui /___/ Non /___/

15. Le matériel de travail vous satisfait-il ? Oui / __/ Non / __/

16. Si non, comment le qualifiez-vous ?

Inadapté / __/ Insuffisant / __/ Autres / __/ :.....

17. Quels sont les supports de collecte éditée par la DNS pour la PCIME ?

Fiche de prise en charge / __/ Registre de consultation / __/ Fiche de rendez-vous / __/

Autres (à préciser).....

18. Y a-t-il des rubriques qui vous paraissent inadaptés, par rapport aux indicateurs de la PCIME ? Oui / __/ Non / __/

19. Souhaiteriez-vous que des renseignements complémentaires soient rajoutés ?

Oui / __/ Non / __/

20. Quel est le temps moyen, en minutes, que vous consacrez à la collecte des données chaque jour?

0 / __/ < 15mn / __/ < 30mn / __/ >30mn / __/

21. Faites-vous une synthèse des données collectées ? Oui / __/ Non / __/

22. Si oui, à quel rythme ?

Journalier / __/ Hebdomadaire / __/ Mensuel / __/

Autres/ __/ (à préciser) :.....

23. Y a-t-il eu rupture de stock de supports de collecte ces trois derniers mois ?

Oui / __/ Non / __/

24. Que représente pour vous, la collecte des données dans vos taches quotidiennes ?

Importante / __/ Sans importance / __/ Supplémentaire / __/

Autres (préciser).....

25. Y a-t-il des personnes spécialement chargées de la collecte des données, dans votre service ?

Oui / __/ Non / __/

26. Considérez-vous votre charge de travail énorme ? Oui / __/ Non / __/

27. Les supports vous permettent-ils de collecter les données dont vous avez besoins pour gérer vos activités de PCIME ? Oui / __/ Non / __/

28. Si oui, dans quel domaine ?

Diagnostic / __/ Traitement / __/

Organisation générale du travail / __/ Gestion de médicaments / __/

Autres / __/ (à préciser) :.....

29. Avez-vous une base de données (documents ou support électronique) sur la gestion des activités de PCIME ? Oui / __/ Non / __/

30. Si non, est-ce utile d'avoir une telle base de données ? Justifier votre réponse.

.....
.....
31. Avez- vous été supervisé ces trois derniers moi ? Oui / __/ Non / __/

32. Si oui, par qui ?

Chef de service / __/ Equipe de district / __/

Equipe de région / __/ Equipe de la DNS / __/

Autres / __/ (préciser).....

33. Quel a été le rythme de supervision pendant ces 12 derniers mois ?

Mensuel / __/ Trimestriel / __/ Semestriel / __/ Annuel / __/

34. Quel est le circuit de l'information sanitaire ?

Centre de santé- District sanitaire / __/ District sanitaire- Centre de santé / __/

Dans les deux sens / __/ Autres/ __/ (à préciser) :.....

35. À quelles structures transmettez-vous les données collectées ?

District / __/ Région/ __/

Autres structures (à préciser).....

36. Par quel(s) canal (aux) transmettez-vous vos données au niveau supérieur ?

Atelier /Réunion / __/ Courrier / __/

Bulletin d'information / __/ E-mail (Internet) / __/

Téléphone / __/ RAC / __/

Autres (à préciser).....

37. Souhaiteriez-vous utiliser un canal différent ? (Préciser)

.....

.....
38. Recevez-vous la rétro information sur les données que vous transmettez au niveau supérieur ?

Oui / __/ Non / __/

39. Si oui, par quel canal le recevez-vous ?

Dissémination des rapports de rétro information/ __/

Support électronique / __/

Autres (à préciser).....

40. Quelles pourraient être les raisons qui vous décourageraient dans la collecte des données sur la PCIME ? Décrivez leur importance et les risques en cas d'inaction

N°	Raisons de démotivation	Importance *	Risque en cas d'inaction**
1			
2			
3			
4			
5			

*Très faible : 1 Faible : 2 Moyenne : 3 Grande : 4 Très grande : 5

**Très infime : 1 Infime : 2 Moyen : 3 Grand : 4 Très grand : 5

41. Quelles pourraient être les raisons qui vous encourageraient dans la collecte des données sur la PCIME ? Décrivez leur importance et les risques en cas d'inaction

N°	Raisons de motivation	Importance *	Risque en cas d'inaction**
1			
2			
3			
4			
5			

*Très faible : 1 Faible : 2 Moyenne : 3 Grande : 4 Très grande : 5

**Très infime : 1 Infime : 2 Moyen : 3 Grand : 4 Très grand : 5

42. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la collecte des données sur la PCIME ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3 : Liste des indicateurs clés de la PCIME^[27]

Evaluation

Cas pour lesquels trois signes généraux ont été cherchés,
Cas pour lesquels la toux, la diarrhée, et la fièvre ont été évaluées,
Cas pour lesquels le poids pour l'âge a été vérifié,
Cas pour lesquels l'état vaccinal a été vérifié,
Cas où l'alimentation devrait être évaluée qui a été évaluée
Un indice de prise en charge intégrée

Traitement et conseils:

Enfant ayant besoin d'un antibiotique oral et ou un antipaludique à qui le médicament a été correctement prescrit,
Enfant qui devrait être vacciné ayant reçu son vaccin avant de quitter le centre,
Enfant ayant besoin de SRO pour signes évidents de déshydratation et qui en a reçu,
Enfant ayant besoin d'antibiotique et ou antipaludique qui a reçu la première dose au centre, et enfant ayant besoin d'être transféré qui est transféré
Parents qui ont reçu des conseils appropriés pour les problèmes d'alimentation identifiés

Méthode de calcul des indicateurs

Les proportions sont calculées en rapportant les cas qui ont bénéficié de l'action (numérateur) sur le total qui en devrait bénéficier (dénominateur).
L'indice de prise en charge intégrée est la moyenne du nombre de tâches d'évaluation effectuées par enfant malade. Il est calculé en donnant un score de 1 à chaque tâche. Les tâches retenues dans l'indice sont trois signes de danger (1 par signe), trois principaux symptômes (1 par symptôme), poids/âge (1 pour pesée 1 pour l'interprétation) et l'état vaccinal (1). Le total des scores est 9. Donc l'indice est nombre total des points pour tous les enfants divisé par 9

Connaissance des parents

Parents dont l'enfant a reçu une prescription SRO et /ou un antibiotique oral et / ou antipaludique qui savent comment donner,
Parents qui ont bénéficié de conseils qui savent les trois règles pour les soins à domicile.
Les proportions sont calculées en rapportant le nombre des accompagnants qui ont répondu correctement (numérateur) au total des accompagnants interviewés (dénominateur).

Les dénominateurs varient pour l'observation de la prise en charge des enfants et l'interview parce qu'ils sont conditionnels à l'état de l'enfant.

Centre de santé

Centre disposant de l'équipement pour l'évaluation,

Centre disposant de tous les médicaments essentiels,

Centre disposant de l'équipement et des matériels nécessaires pour la vaccination,

Centre dispose de tous les vaccins (BCG, DTC, Polio, Rouvax),

Centre assurant la vaccination au quotidien,

Centre disposant d'un coin TRO fonctionnel,

Centre étant proche du centre référence,

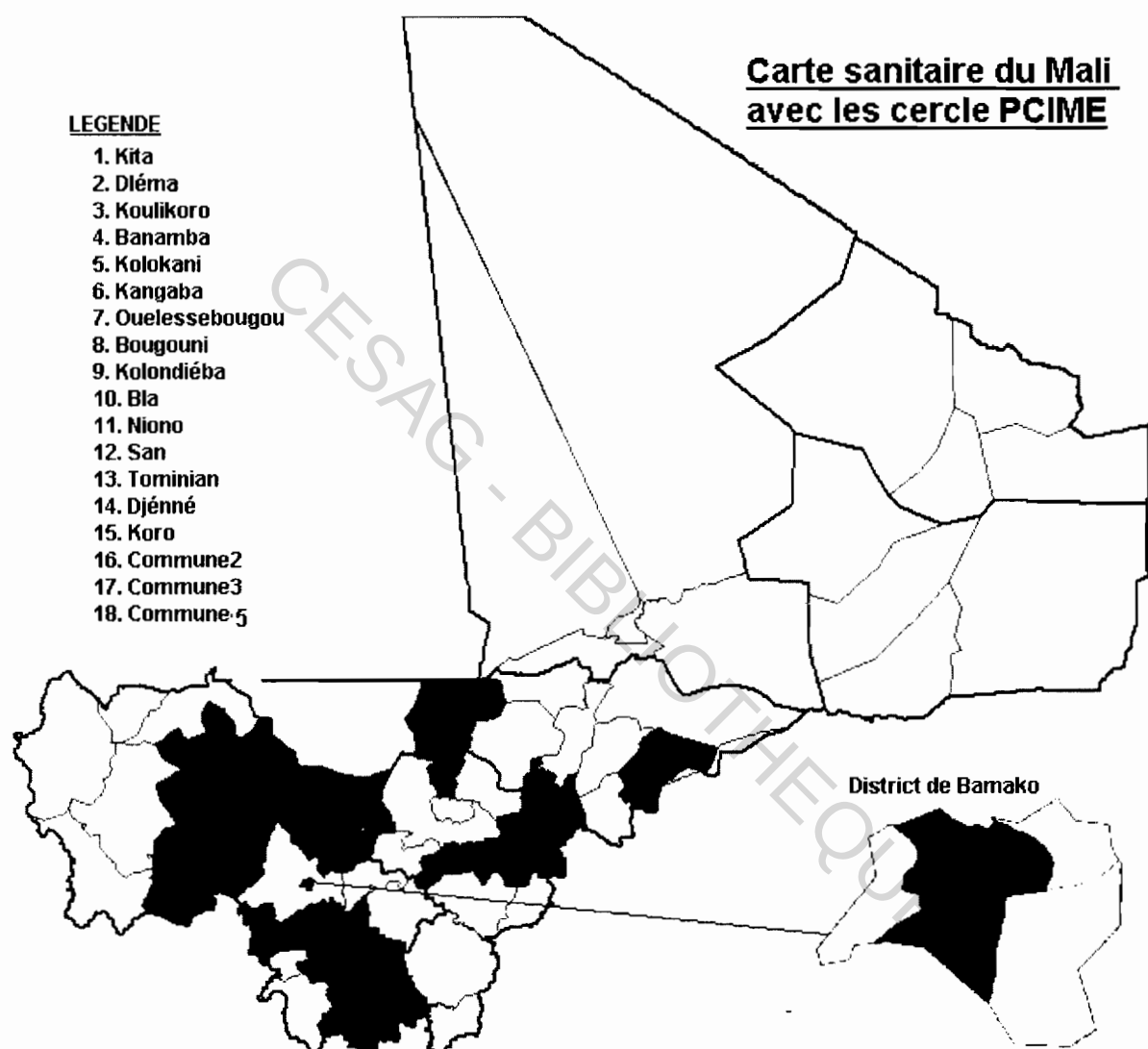
Centre dont au moins 60% des agents sont formés et

Centre disposant des fiches individuelles.

Les proportions sont calculées en rapportant le nombre des centres qui étaient dans ces conditions requises le jour de la visite (numérateur) sur le total des centres visités (dénominateur).

ANNEXES 4 : CARTE SANITAIRE DU MALI AVEC LES CERCLES PCIME

FIGURE 3 : LES DISTRICTS PCIME AU MALI



ANNEXES 5 : carte DE LA RÉGION DE KAYES

FIGURE 4 : LES DISTRICTS SANITAIRES DE LA REGION DE KAYES

