Titre : « Keneya Ciwara » : Un programme promoteur pour l'amélioration de la survie de l'enfant au Mali

Auteurs :
Dr Nouhoum Koita, Conseiller en Survie de l'enfant de CARE International au Mali.
Abdoul Karim Coulibaly, Coordinateur de l'Unité Suivi-Evaluation de CARE International au Mali.

Mots Clé : « Keneya Ciwara », Services à haut impact, Indicateurs survie de l'enfant.

Résumé :

Le Mali a enregistré entre 2001 et 2006 une réduction significative du taux de mortalité infantile qui est passée de 113‰ à 96‰ (EDSM 2001 et 2006) grâce aux efforts conjugués du ministère de la santé et de ses partenaires dont le programme santé USAID/ Keneya Ciwara.

Keneya Ciwara» qui couvre 30% de la population malienne a atteint en trois ans de très bons résultats :

Dans cet article, nous allons démontrer comment Keneya Ciwara, une approche intégrée basée sur les services à haut impact a contribué à améliorer de façon substantielle les indicateurs de santé de l'enfant au Mali.

ABREVIATIONS

ASACO: Association de Sante Communautaire
CAT : Coordinateurs des Activités de Terrain
CSREF: Centre de Sante de Référence
EDS: Enquête Démographique et de Sante
EDSM: Enquête Démographique et de Sante du Mali
EMEP: Enquête Malienne d'Evaluation de la Pauvreté
FELASCOM : Fédération Locale d'ASACO
FENASCOM : Fédération Nationale d'ASACO
FERASCOM : Fédération Régionale d'ASACO
MII : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
PDSC: Plan de Développement Socio-sanitaire de Cercle
PF : Planification Familiale
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
SMI: Santee Maternelle et Infantile
SR : Sante de la Reproduction
TRO : Thérapie de Réhydratation Orale
USAID: United States Agency for International Development

INTRODUCTION

Le Mali, vaste pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest a été classé 175ème pays sur 177 selon le dernier rapport du développement humain durable du PNUD (PNUD, 2006). Selon l'Enquête Malienne d'Évaluation de la Pauvreté (EMEP 2001), plus de la moitié (64%) de la population malienne vit en dessous du seuil de pauvreté. Le tableau sanitaire du pays est très sombre, la mortalité infantile y est l'une des plus élevée du monde : sur 1000 naissances vivantes, 96 enfants décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire (EDSM-2006), de même que la mortalité maternelle (582 décès maternels sur 100.000 naissances – EDSM-2001).

Cet état de fait est lié plusieurs facteurs, notamment une faible utilisation des services de santé due entre autres à une insuffisance des infrastructures sanitaires, l'insuffisance de moyens financiers des ménages, la prévalence de croyances et pratiques socioculturelles néfastes, la faible accessibilité aux services de santé de qualité, l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels, l'insuffisance des ressources humaines face aux besoins, l'inadéquation de la gestion des ressources humaines, etc.. Ainsi, l'automédication et le recours à la médecine traditionnelle sont très fréquents au Mali ; en 2006, parmi les ménages où une personne est tombée gravement malade, seulement 26% on cherché des soins auprès d'un professionnel de la santé (EDSM-2006).

Le Mali a élaboré plusieurs politiques et programmes de développement social et sanitaire de 1990 à nos jours pour tenter d'inverser la tendance alarmante des indicateurs de santé en générale et de santé de la mère et de l'enfant en particulier. Malgré quelques améliorations, la situation n'a pas beaucoup évolué. Cependant, il faut noter que les résultats de la récente enquête démographique et de sante de 2006, laissent présager une lueur d'espoir. En effet, entre 2001 et 2006 les résultats indiquent une réduction notable du taux de mortalité infantile qui est passée de 113‰ à 96‰ (EDSM 2001 et 2006), soit un gain de 17‰. Ce changement est un record comparé à la période antérieure (entre 1995 et 2001) ou le gain n'était guère supérieur à 10‰ (EDSM 1995 et 2001).

Le programme santé USAID/Keneya Ciwara qui a commencé en Août 2003 pour une durée de 5 ans, au bénéfice d'environ 30% de la population malienne, aurait en grande partie contribué à ce changement au niveau national. De 2004 à 2006 dans les zones d'interventions de Keneya Ciwara on note une nette amélioration de la situation sanitaire des enfants. Par ailleurs, lors d'une revue à mi-parcours conduite en avril 2006, l'équipe de la revue a témoigné que *«le programme Keneya Ciwara est un instrument très efficace pour fournir les services de santé à base communautaire»*.

Qu'est-ce qui explique la réussite de Keneya Ciwara? Dans cet article nous analysons l'expérience du programme santé USAID/Keneya Ciwara en matière d'amélioration de la santé de l'enfant. Dans un premier temps nous situons le lecteur sur l'organisation du système sanitaire du pays, ensuite nous présentons le programme santé USAID/Keneya Ciwara, dans la troisième section il sera procédé à une présentation des résultats atteints par le programme; enfin, nous terminons par une discussion où les difficultés et leçons apprises du programmes sont présentées.

II. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DU MALI

Cette section vise à orienter le lecteur sur l'organisation du système de santé du Mali, permettant de mieux comprendre les interventions du programme Keneya Ciwara qui sont articulées autour de ce système.

La pyramide sanitaire

La pyramide sanitaire du Mali est organisée de telle manière à donner plus de pouvoir de décision aux communautés en ce qui concerne la prise en charge de leur propre santé. Ainsi, un ensemble de villages se constituent en aires de sante sur des bases définies par la politique sectorielle de la santé (nombre d'habitants, capacités financiers, carte sanitaire, etc.). Ces aires de santés sont gérées par des Associations de Santé Communautaires (ASACO) dont les membres sont élus par les communautés elles mêmes. Ainsi, les CSCOM constituent le premier échelon de la pyramide sanitaire, ils représentent la formation sanitaire de premier niveau de contact entre le système sanitaire et le malade.

Le deuxième échelon de la pyramide est représenté par le centre de santé de cercle ou centre de sante de référence (CSREF). Il est le premier niveau de référence des centres de santé périphériques. Le CSREF se caractérise par l'existence d'un plateau technique (composé d'un bloc opératoire, d'un laboratoire d'analyses), par la présence d'un médecin à profil chirurgical, d'une ambulance et d'une capacité d'hospitalisation. Le troisième échelon de la pyramide est représenté par l'hôpital régional.

Les ASACO sont regroupées en Fédération Locale d'ASACO (FELASCOM) au niveau cercle, ces dernières sont regroupées en Fédérations Régionales d'ASACO (FERASCOM) au niveau des régions qui à leur tour se regroupent en Fédération Nationale d'ASACO (FENASCOM) au niveau national qui constitue la structure nationale des ASACO. Cependant, il faudra noter que ces dernières n'ont pas de pouvoir de décision sur les formations sanitaires des niveaux correspondants, qui reste la prérogative de l'Etat.

Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)

Pour relever les nombreux défis en matière de santé, l'Etat malien a élaboré un programme appelé Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) pour la période 1998-2007. Ce programme sectoriel de santé renforce le système de santé en faisant du district sanitaire le niveau opérationnel de la santé. En plus, il s'appuie fortement sur la mobilisation et la participation des communautés dans l'exécution.

La mise en œuvre du PRODESS se déroule dans un contexte de décentralisation où l'état malien a transféré plusieurs de ses prérogatives aux collectivités décentralisées érigées en communes. Ainsi, par le décret N^0 02 –314 /P-RM du 04 juin 2002, l'état malien transfère aux cercles certaines de ses responsabilités comme l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de Développement Socio-sanitaire de Cercle (PDSC), la construction, réhabilitation et l'équipement des centres de santé de Référence et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies.

III. APERCU DU PROGRAMME KENEYA CIWARA

Dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS et pour contribuer à inverser la tendance inquiétante des indicateurs de santé, l'USAID a formulé une requête intitulée *«programme de Santé au niveau Cercle au Mali»*. En réponse à cette requête de l'USAID, CARE International au Mali, en consortium avec John Hopkins' University (JHU/CCP), Action Contre la Faim, INTRAH International et Groupe Pivot Santé Population (GP/SP) ont élaboré un programme dénommé *Keneya Ciwara*.

Le programme de santé USAID/Keneya Ciwara, est un programme de 5 ans qui vise à améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des services à haut impact, et promouvoir l'adoption des pratiques familiales essentielles en matière de santé dans 11 cercles et deux communes du district de Bamako. Les services en question sont relatifs à la survie de

l'enfant (la vaccination, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la nutrition, et vitamine A), à la planification familiale et la santé de la reproduction (SE/PF/SP).

De façon plus spécifique, Keneya Ciwara vise à :

- appuyer les ménages à adopter les bonnes pratiques en matière de santé de la mère, de l'enfant, de la planification familiale et de santé de la reproduction (SMI/PF/SR), et à exiger des services de soins de qualité ;
- renforcer les capacités des communautés afin de créer un environnement propice à la promotion de la santé ;
- renforcer les capacités du personnel de santé afin de satisfaire aux besoins des communautés et soutenir le système de santé pour prendre en charge efficacement les besoins de santé exprimés par les communautés.

Que signifie *Ciwara* ?

Ciwara s'inspire de la figure mythologique Bambara[1] qui signifie «excellence au travail», utilisée autrefois pour priser les meilleurs travailleurs agricoles. Ainsi Le programme *Keneya Ciwara* qui signifie excellence dans la santé, vise à promouvoir l'excellence à trois niveaux : ménages, communautés et institutions.

Au niveau des ménages, le programme cherche à promouvoir une adoption de comportements sanitaires sains, de responsabilité et de discernement dans l'utilisation des services de survie de l'enfant, de planification familiale et de santé de la reproduction. Il encourage également les communautés responsables et averties à se constituer en groupes de pression sociale et économique pour exiger des services de santé de qualité. Enfin, le programme incite les individus et les institutions impliquées dans la prestation des services de santé (secteur public, secteur privé, ONG, etc..) à fournir des services de qualité.

Un consortium d'acteurs complémentaires

Keneya Ciwara est mis en œuvre par un consortium conduit par CARE International au Mali et comprenant le Centre pour la Communication de l'Université de John Hopkins (JHU/CCP), Innovative Technologies for Health Care Delivery (INTRAH), Action Contre la Faim (ACF), et le Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP). Ce partenariat est basé sur une complémentarité dans la mise en œuvre des interventions, chaque partenaire apportant sa valeur ajoutée pour accroitre l'impact du programme.

- **CARE** assume la première responsabilité de toute l'exécution du programme et apporte son expérience dans le renforcement des capacités institutionnelles et communautaires ;

- ***JHU/CCP*** assure la direction et l'orientation technique de tous les aspects liés à la communication pour le changement de comportement (CCC) ;

- ***INTRAH*** dirige le développement et la mise en œuvre de toutes stratégies de renforcement cliniques ;

- ***GP/SP*** assure la direction et l'orientation technique de tous les aspects liés au partenariat entre les ONG et les organisations à base communautaire, au niveau communautaire et des cercles ;

[1] C'est l'ethnie majoritaire du Mali. Les Bambara représentent environ 30% de la population malienne.

- ***ACF*** est chargé de piloter l'exécution du programme au niveau des cercles de Gao et de Kidal; Il faut noter que ACF a développé une expertise dans lesdites localités, d'où la valeur ajoutée au consortium.

- ***Le Gouvernement du Mali,*** bien que n'étant pas directement membre du consortium reste un partenaire privilégié et incontournable dans la mise en œuvre du programme. Ainsi, tout en continuant à définir les politiques et les orientations et de fournir les services essentiels de base, il assurera la direction, l'orientation et la planification conjointe avec le consortium au niveau national, des cercles et des communautés pour une exécution efficace du programme.

Les membres de l'Equipe Principale de Gestion de *Keneya Ciwara* sont basés à Bamako, et 12 Coordinateurs des Activités de Terrain (CAT) sont basés dans les 11 cercles et deux communes de Bamako couverts par le programme. Les CAT ont leurs bureaux dans les CSREF pour renforcer davantage la collaboration avec l'Etat. Les CAT ont deux missions essentielles : d'une part assurer avec le CSREF la mise en œuvre des orientations arrêtées par la direction du programme conformément aux normes et procédures de santé en vigueur et d'autre part donner un appui technique, logistique aux ONG, aux ASACO et aux autres organisations de la société civile qui auront la charge de la mise en œuvre des activités.

Les approches de Keneya Ciwara

Keneya Ciwara appui la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) aux niveaux cercles, CSCOM et communautaire en mettant un accent particulier sur les interventions à *grand impact*. Ces dernières se définissent comme des interventions ayant prouvé leur efficacité sur le plan international contribuant le plus à la réduction des taux élevés de mortalité, de morbidité et de fécondité et qui sont faisables et réalisables à grande échelle.

En matière de survie de l'enfant, ces services sont :

- la vaccination des enfants, et des femmes en âge de procréer ;
- les meilleures pratiques dans la nutrition : allaitement maternel exclusif; la supplémentation en Vitamine A et en fer acide folique ;
- l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes;
- la thérapie par la réhydratation orale (TRO).

Globalement la stratégie du programme s'articule autour de :

- l'émulation de la demande pour des services de santé de qualité au niveau communautaire ;
- l'amélioration de l'accessibilité des services;
- le renforcement des capacités des différents intervenants.

a. Emulation de la demande pour des services de santé de qualité

- ***la demande des clients pour des services de qualité*** qui nécessite que les communautés bénéficiaires soient impliquées dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies d'amélioration de la qualité des services;

- ***le changement de comportement au niveau des ménages*** par la promotion des pratiques en faveur de la santé familiale et communautaire (allaitement maternel exclusif, consommation du sel iodé, utilisation de SRO, de la moustiquaire

imprégnée, etc.). Ces comportements sont renforcés à travers l'utilisation des média traditionnels, des radios rurales, des sketches, des activités sportives et des campagnes pour l'excellence en matière de soins familiaux ;

- ***le soutien social pour le changement de comportements*** par l'intermédiaire des organisations à base communautaire telles que les associations de femmes et de jeunes, les groupes religieux, ainsi que les activités de micro-finance (approche d'épargne crédit Musow ka Jigiya Ton et les systèmes de financement alternatifs de la santé Mutuelle ou autres systèmes de solidarité).

Encadré 1 : L'approche Musow ka Jigiya Ton

L'approche *«Musow ka Jigiya Ton» (MJT)*

L'approche «Musow ka Jigiya Ton[2]» (MJT) encourage les femmes à mobiliser l'épargne et gérer les prêts mutuels tout en renforçant leurs capacités afin qu'elles développent des stratégies de vie plus profitables, autonomes et durables. Cette approche a été conçue en 1991 par CARE au Niger et répliqué par CARE Mali depuis 2000, s'inspirant de la réussite de CARE Niger.

L'approche MJT vise le développement de la capacité organisationnelle et du pouvoir socioéconomique des femmes à partir de leurs propres potentiels. En d'autres termes, CARE ne fournit pas de capital aux groupements MJT, mais suscite la mobilisation de l'épargne hebdomadaire par les femmes. Comme les épargnes hebdomadaires sont très réduites (50 FCFA à 200 FCFA), les MJT constituent un complément important pour assurer la sécurité de vie des ménages les plus vulnérables. Les intérêts perçus par le groupe sur les crédits à court terme octroyés aux membres et augmentent également le capital du groupement. L'approche MJT comporte des formations en gestion de trésorerie et en analyse de marchés, orientées vers tous les membres du groupement, visant à accroître le niveau de profit des activités génératrices de revenus. D'autres thèmes d'information sont présentés qui traitent de la santé, de la nutrition, de l'éducation, des droits de la femme et de l'action civique. Au terme des 10 mois de suivi, le groupement MJT est en mesure de continuer à fonctionner seul.

Actuellement CARE Mali exécute l'approche MJT de façon transversale dans la presque totalité de ses projets et programmes au bénéfice de plus de 70.000 femmes rurales.

b. Amélioration de l'accessibilité des services

Pour adresser les contraintes d'accessibilité aux services de sante auxquelles font face les populations (distance, insuffisance d'infrastructures, etc.), Keneya Ciwara met en œuvre les actions suivantes

- ***Le renforcement de la logistique*** en s'assurant que les formations sanitaires disposent de l'équipement adéquat (matériel médico-chirurgical, contraceptifs, motos, etc.) pour maximiser l'offre des services de SMI/PF/SR de qualité tant au niveau des centres fixes que lors des activités de stratégie avancée.

- ***La promotion des services intégrés au niveau des CSCOM*** par le renforcement des services de vaccination ; de lutte contre le paludisme, les diarrhées et les IRA ; de promotion de la nutrition et de la vitamine A.

- ***L'extension et le renforcement des services à base communautaire*** : en plus de la promotion des services intégrés au niveau des postes fixes, le programme fait la promotion de la distribution à base communautaire, le marketing social des produits contraceptifs par l'intermédiaire de Population Service International (PSI) et la mise en

[2] Un terme en Bambara, signifiant « Espoir des femmes »

œuvre de la composante communautaire de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME[3]) dans les villages de 200 CSCOM par les relais communautaires.

- ***L'appui aux équipes des CSREF dans les aires de santé non fonctionnelles*** : par l'organisation des activités en équipe mobile dans les villages à un rythme trimestriel avec la promotion des contraceptifs à base communautaire et l'implication des accoucheuses traditionnelles recyclées dans le suivi des accouchements et la référence des cas vers les centres fonctionnels.

- ***La promotion des alternatives de financement de services*** : les mutuelles ou autres formes de financement communautaires telles que les systèmes d'épargne crédits villageois sont développées pour créer des caisses de solidarité pour la prise en charge des problèmes socio-sanitaires.

c. Renforcement des capacités

- ***Prestataires de service au niveau des cercles, des CSCOM, des ASACO, des FELASCOM, et des relais communautaires*** : pour améliorer la performance des prestataires aux niveaux Cercle, CSCOM, ASACO, FELASCOM, et des relais communautaires, le programme procède à un diagnostic pour détermine l'ampleur et les causes de la faible performance avant d'élaborer le plan de renforcement des capacités. A cet effet, toutes les stratégies alternatives (supervision formative, formation en cours d'emploi, le « coaching », le renforcement des capacités de planification et de gestion, les visites de terrain, etc.) sont utilisées.

- ***ONG et organisations à base communautaire*** : Keneya Ciwara est mis en œuvre sur le terrain dans 374 aires de santés sur un total d'environ 700 que compte le pays par l'entremise de 17 ONG locales et le consortium a établit un partenariat avec chacune des ONG pour s'assurer de sa capacité à contribuer à l'atteinte de l'objectif du programme. Ces ONG bénéficient de renforcement de capacités dans le domaine organisationnel (bonne gouvernance, leadership, gestion financière, développement et exécution des propositions, etc.) et technique (CCC, le plaidoyer, épargne crédit, etc.).

- ***Groupe Pivot Santé Population (GP/SP)*** : il s'agit en fait d'un renforcement de partenariat dans la mesure où le Groupe Pivot est membre du consortium. Ainsi pendant que le GP/SP apporte au programme sa connaissance de terrain et sa large expérience dans le secteur de la santé, le consortium assiste le GP/SP dans l'actualisation de sa mission, et dans le rôle que le GP/SP entend jouer dans les cinq ou dix prochaines années ; ceci dans un en vue d'assurer de véritable transfert de compétence.

[3] La PCIME est une stratégie qui consiste à saisir de l'opportunité d'une consultation pour une raison quelconque d'un enfant auprès d'un prestataire pour faire un examen complet de l'enfant par rapport à son statut vaccinal, nutritionnel à la recherche d'autres symptôme d'autres maladies qui ne sont pas les raisons premières de sa consultation.

Encadré 2 : L'approche Ciwara d'Or

L'approche Ciwara d'Or
une initiative pour améliorer la qualité des services de santé au Mali

L'approche Ciwara d'Or est une initiative en matière de qualité de services destinée à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Cette approche est mise en œuvre dans les 236 CSCOM de la zone d'intervention du **Programme Santé USAID/Keneya Ciwara.**

Il s'agit d'une initiative qui, créant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, permet à la communauté de définir ses normes en matière de qualité et de convenir avec les prestataires que cette qualité leur soit offerte. En conséquence les prestataires offrent des services performants et évitent les ruptures de stock des produits tels que le fer et l'acide folique qui combat l'anémie, la *sulfadoxine pyriméthamine* (SP), les moustiquaires imprégnées aux insecticides pour lutter contre le paludisme, et les produits contraceptifs pour espacer les naissances et lutter contre les grossesses indésirables.

Les représentants communautaires et les prestataires de services ont élaboré un guide de critères de sélection et d'accréditation du «CSCOM Ciwara d'Or» au Mali. Une équipe de supervision de qualité constituée au niveau du district sanitaire et composée des représentants des communautés et des prestataires de services a classé les CSCOM sur la base de critères précédemment établis : fonctionnalité de l'ASACO, disponibilité des intrants au niveau du CSCOM, capacité du CSCOM à offrir un paquet de service minimum, l'hygiène du CSCOM, la gestion efficace du personnel, etc.. Dans chaque district sanitaire, les CSCOM qui occupent les 5 premiers rangs entrent en compétition en améliorant la qualité de leurs services de santé. Le CSCOM qui aurait rempli les conditions d'excellence préétablies, serait accrédité par le Ministère de la Santé de «CSCOM Ciwara d'Or».

Le mécanisme de suivi

Pour suivre la mise en œuvre générale de Keneya Ciwara, l'équipe de gestion de *Keneya Ciwara* est guidée par trois comités consultatifs:

Le Comité Consultatif National : son but est de suivre la mise en œuvre générale et l'orientation du programme *Keneya Ciwara*. Il est constitué des représentants du Ministère de la Santé, de la FENASCOM, de l'USAID, la direction de CARE, le personnel clé de l'équipe centrale de gestion de *Keneya Ciwara*, et un représentant d'ACF et de GP/SP. Le Comité se réuni chaque six mois pour apprécier la mise en œuvre globale et le progrès et prodiguer des conseils et l'appui à l'exécution là où c'est nécessaire.

Le Comité de Gestion du programme : c'est une structure interne comprenant la direction de CARE, l'équipe centrale de *Keneya Ciwara*, le coordinateur de suivi-évaluation, et tous les 12 CAT. Ce comité se concerte tous les trois mois, pour s'assurer du respect des plans de travail, des délais et des normes de performance qui ont été établis pour la mise en œuvre du programme.

Le Comité de Coordination au niveau du cercle : au niveau de chaque cercle, ce comité est composé du CAT de *Keneya Ciwara*, des représentants du Conseil de Cercle, du Conseil de Commune, du Médecin Chef de Cercle, du représentant de la FELASCOM et des représentants des ONG locales travaillant au nom de *Keneya Ciwara.*

Méthode d'évaluation

Le programme a utilisé une méthode d'évaluation non expérimentale avec mesure pré-test et post-test, sans groupe de comparaison. Le plan prévoit d'organiser une enquête de base avant l'intervention du programme, une enquête d'évaluation à mi-parcours et une enquête

d'évaluation finale. Les trois enquêtes utilisent les mêmes outils et sont basées sur une même méthodologie d'échantillonnage.

S'agissant de l'échantillonnage, la zone d'intervention du programme a été repartie en six domaines d'études aussi homogènes que possibles, par soucis de réduire les couts de l'étude. En effet, l'idéal aurait été de fournir des estimations pour chaque cercle d'intervention du programme. Les six domaines d'études sont :

1. Le Nord, qui regroupe les cercles de Tombouctou, Gao et Kidal
2. Pays Dogon, qui contient le cercle de Bandiagara
3. Ségou, qui comprend les cercles de Ségou et San
4. Sikasso, qui comprend les cercles de Sikasso, Kadiolo et Koutiala
5. Koulikoro qui comprend les cercles de Kati et Dioila
6. Bamako, qui comprend les commune I et IV du district de Bamako

Ces zones sont assez homogènes par rapport au phénomène étudié, elles correspondent à des entités socioculturelles (ethnie, croyance, religions, etc.) et économiques assez similaires. Le plan de sondage a été élaboré dans le souci d'avoir une estimation assez précise pour chaque domaine d'étude du programme. Ainsi, il a été effectué dans chaque domaine d'étude un échantillonnage indépendant, ne tenant pas a priori compte du poids de du domaine dans la population. Cependant au cours de l'analyse, pour avoir des estimations pour l'ensemble de la zone d'intervention, les données ont être pondérées pour tenir compte de la répartition de la population à travers les différentes strates.

Au niveau de chaque domaine d'étude, la méthodologie de sondage stratifié par grappe a été utilisée avec tirage à trois degrés :

- au premier degré un certain nombre d'aires de santé (unités primaires) ont été sélectionnées avec probabilité proportionnelle à leur taille (c'est à dire au nombre de villages par aire de santé);
- au deuxième degré, dans chaque aire de santé retenue, un certain nombre de villages (unités secondaires) ont été tirés avec probabilité proportionnel à leur taille (c'est à dire au nombre de ménages par village);
- au troisième degré, des ménages (unités tertiaires) ont sélectionnés dans les villages retenus;
- à l'intérieur des ménages ainsi sélectionnés, l'ensemble des femmes de 15-49 ans sont enquêtées à partir d'un questionnaire individuel femme.

Dans chaque domaine d'étude, le plan de sondage prévoit d'enquêter 400 ménages dans l'optique de pouvoir procéder à des estimations fiables au niveau de chaque domaine d'étude. Ce qui fait un total de 2400 ménages-échantillons au niveau de l'ensemble de la zone d'intervention du programme.

Ainsi, une enquête de base a été effectuée en 2004 pour appréhender le niveau des indicateurs d'effet du programme. Ensuite en 2006, une enquête d'évaluation à mi-parcours utilisant la même méthodologie a été réalisée pour évaluer les changements produits par les interventions.

III. LES RESULTATS

Les principaux résultats obtenus à ce jour par le programme Keneya Ciwara sont les suivants :

L'offre de services de santé communautaires a été renforcée

Pour la prévention du paludisme, plus de 400.000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans ;

Les équipements pour des services de qualité de SMI/PF/SR ont été renforcés : 236 CSCOM ont reçu un lot d'équipements essentiels (petits matériels médicaux, motos, médicaments essentiels) d'une valeur moyenne de 600.000 FCFA par centre de santé (soit une valeur totale de 141 600 000 FCFA, $ 283 200) pour offrir des services de qualité.

La connaissance des ménages sur les pratiques familiales essentielles en matière de SMI/PF/SR a été renforcée

Plus de 4.000 relais communautaires fournissent des conseils aux ménages avec l'appui conseil de 91 animateurs de santé des ONG locales. Chaque relais communautaire équipé et formé entreprend des visites à domicile pour offrir des services, prodiguer des conseils pour la promotion des pratiques familiales essentielles en matière de santé et référer les malades aux CSCOM.

Par ailleurs, le programme a formé 300 leaders de groupements féminins MJT en technique de communication en santé, pour la référence des cas de maladies aux CSCOM.

Plus de 390 groupements communautaires de femmes sont impliqués dans des activités de d'épargne crédit MJT et de promotion de santé au niveau des ménages.

La compétence et la collaboration entre les acteurs de santé des niveaux cercle et communautaire a été améliorée

Le programme a suscité une compétition entre les CSCOM vers l'amélioration de la qualité des services à travers l'approche Ciwara d'Or. Cette approche met en dialogue le groupe de prestataires et le groupe des bénéficiaires pour définir ensemble un standard de qualité de services à fournir par les prestataires avec l'appui technique des équipes appelées équipes de qualités venant du cercle. Elles sont chargées de fournir un appui conseil aux équipes de CSCOM à travers des supervisions formatives régulières. A ce jour, 10 CSCOM ont été accrédités.

En matière de planification, de gestion et de financement des services de SMI/PF/SR les micros plans annuellement révisés permettent à chaque CSCOM de déterminer les besoins en intrants (vitamine A, moustiquaires imprégnées, SRO, etc.) et aussi le nombre et la périodicité des sorties en stratégies avancée dans les villages. Le programme a par ailleurs profité du processus de micro planification pour obtenir l'engagement des ASACO à prendre en charge le coût des activités de stratégie avancée(le carburant pour les motos, le pétrole pour les réfrigérateurs contenant les vaccins).

Renforcement de la collaboration ASACO-Commune, contribue à améliorer la performance des CSCOM à travers une meilleure gestion des CSCOM par les ASACO sous le contrôle des communes. Ce partenariat est matérialisé par la signature d'une convention d'assistance mutuelle qui définie les rôles et responsabilités de chaque partie. A ce jour plus de 20% des ASACO (soit environ 46 ASACO) ont signé un tel accord avec les communes.

Le tableau ci-dessous présente les résultats atteints par le programme entre 2004, année de l'enquête de base et 2006 lors de l'évaluation à mi-parcours.

Tableau : Evolution du niveau des indicateurs entre 2004 et 2006 et objectif visé en 2008

Indicateurs	Base 2004	Mi-parcours 2006	Objectif visé en 2008
% d'Enfants 12-23 mois ayant reçu le DTCP3	50.0	66.0	80
% Enfants 6-59 mois ayant reçu vit A	30.7	61.1	80
% Enfants de moins de 5 ans dormant sous MII	9.7	23.5	30
% Enfants 0-59 mois avec diarrhée ayant reçu la TRO	19.4	28.4	50

Source : Rapports Enquêtes de Base et d'évaluation à mi-parcours

Il apparait que pendant une période de temps relativement réduite (deux ans) Keneya Ciwara a réalisé d'excellents résultats. L'ensemble des indicateurs de survie des enfants ont connu une nette amélioration par rapport à leur niveau de base.

IV Discussion

Malgré ces résultats encourageants, notons que la mise en œuvre du programme ne s'est pas faite sans difficultés. Les principales difficultés rencontrées sont les suivantes :

- des ruptures occasionnelles de certains produits (vitamine A, moustiquaire imprégnée) survenues au niveaux des CSCOM durant la mise en œuvre du programme, n'ont pas permis au programme d'avoir les résultats escomptés à certains niveaux ;

- le faible niveau d'alphabétisation des relais : pour faire face à cette difficulté, les supports de communication ont été adaptées en y intégrant plutôt des d'éléments visuels que scripturaux. Ainsi, dans les prochains programmes, il convient d'intégrer un volet d'alphabétisation des relais ;

- la motivation des relais : initialement il était prévu de motiver les relais sur la base des formations, des attestations, des ristournes sur les produits vendus et de l'utilisation du vélo comme moyen de déplacement. Cependant, au cours de la mise en œuvre du programme des initiatives locales ont été développée pour faire face à cette question de motivation, tel que la gratuité des soins pour le relais et sa famille, la confection de badges pour mieux identifier le relais, les ristournes sur les cartes de membres des ASACO, etc.. Par ailleurs dans certaines zones (tel que le Nord et Bamako) le vélo n'était pas un moyen approprié et très motivateur. Pour le Nord, une stratégie spécifique de relais a été définie et qui prévoit de choisir le relais dans chaque campement nomade, pour réduire son déplacement.

Quelques leçons apprises

- les relais communautaires sont très efficaces dans la promotion de la santé au niveau communautaire et au niveau des ménages, cependant ils doivent bénéficier d'une supervision très rapprochée par les agents d'ONG et chef de poste médical pour améliorer leurs capacités et les motiver davantage ;

- le modèle de relais utilisé qui convient au milieu rural n'est pas approprié en milieu urbain où la notion de solidarité et de communauté ne sont pas perçu de la même manière ;

- à cause des distances entre les localités, particulièrement dans le nord du pays, il apparait très difficile d'accroitre la couverture vaccinale à travers la stratégie avancée. La stratégie mobile reste la première option dans ces régions du nord pour accroitre l'accès aux services de vaccination, ce qui est assez couteux ;

- la disponibilité des intrants (MII, vitamine A, SP, fer/acide folique) dans les CSCOM augmente la fréquentation des consultations prénatales et post-natales au niveau des CSCOM et renforce la capacité financière des ASACO ;

- le fait de mettre en place des services de qualités au niveau de chaque CSCOM, qualité définies selon la perspective du client et celle du prestataire, demande du temps (préparer les prestataires du CSCOM et le client), cependant cette approche permet une plus forte appropriation des communautés sur le processus de l'accréditation ;

- la participation des ASACO est élevée dans les CSCOM ou ils comprennent clairement leur rôle et redevabilité en matière de survie de l'enfant. Par exemple, elle a résulté à la prise en charge de certaines dépenses de stratégie avancée par les ASACO dans certaines localités ;

- les ONG locales deviennent de plus en plus un medium critique de véhicule de la voix des communautés vers les décideurs politiques au niveau national, particulièrement dans les systèmes décentralisés de sante.

- l'approche « Ciwara d'Or », en instaurant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, contribue à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des CSCOM.

CONCLUSION

L'objectif du présent article était de présenter l'expérience du programme santé USAID/Keneya Ciwara dans l'amélioration de la santé des enfants au Mali. Après avoir présenté les stratégies du projet, nous avons dans un deuxième temps procédé à la présentation des résultats obtenus par le programme après trois ans d'intervention. Il apparait que Keneya Ciwara a atteint des résultats très encourageants en matière de santé infantile en une période de temps relativement réduite.

Ces résultats sont le fruit des campagnes de sensibilisations accrues, la mobilisation communautaire, notamment à travers la stratégie des relais villageois et le renforcement des capacités des ASACO, l'amélioration de la qualité de services à travers le renforcement clinique des prestataires, etc., mises en œuvre depuis 2003 par le programme.

Il faudra signaler que la collaboration avec les services de l'Etat instaurée par le programme, non seulement sur le plan organisationnel (les CAT étant basés dans les CSREF et jouant un rôle d'appui conseil au médecin chef du district sanitaire), l'accompagnement des stratégies de l'Etat à travers la participation aux micro-planifications au niveau des cercles, etc., sont des éléments qui expliquent en grande partie le succès du programme Keneya Ciwara. Par ailleurs, l'appropriation de la démarche par les communautés grâce à l'approche participative, n'est pas étrangère à ce succès.

Keneya Ciwara est en cours d'exécution au moment ou nous écrivons cet article, au vu de ces succès, tout en continuant de renforcer la qualité des services dans le district de Bamako et dans les 11 premiers cercles, le programme s'étendra dans deux autres cercles, celle de Bourem (Région de Gao) et celle de Goundam (Région de Tombouctou) lors des deux dernières années.