

## DIOÏLA INFO-SANTE

DATE DE PARUTION

ACCES AUX SOINS DE SANTE DE BASE,  
ETAT DES LIEUX, DIFFICULTES ET  
PERSPECTIVES

1

LES SOINS ESSENTIELS DANS LA COMMUNA

3

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE !!!

4

LES CAISSES VILLAGEOISES DE  
SOLIDARITE SANTE

5

AVANCEES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU  
SYSTEME DE REFERENCE-EVACUATION

6

NOUVELLES TECHNOLOGIES DE  
L'INFORMATION,

7

D'AUTRES ECHOS DE NOTRE DISTRICT

8



Le Préfet Afel B Yattara, photo A SAVADOGO

**EDITORIAL :** L'état de santé de population constitue pour nous une préoccupation constante et d'importance. C'est pourquoi, notre administration et les collectivités, s'évertuent tous les jours à la bonne mise en œuvre de notre plan de développement sanitaire et social. Au titre de l'an 2011, les fonds communautaires ont supporté 39% des 239 millions dépensés pour le développement sanitaire. Au même moment, les collectivités consacraient environ 11% de leurs ressources aux questions de santé de leurs communautés. Il faut signaler que si globalement le taux de mobilisation des taxes et impôts par ces collectivités est passable (>60%) les charges qu'elles ont ne leur permet de faire face correctement à leurs obligations de plus en plus lourdes. Un pan important du développement sanitaire est la mise en place d'un système d'information sanitaire et social. Car il permet aux acteurs d'apprécier les efforts consentis, les résultats atteints et de mieux orienter leurs actions. En plus la production périodique de bulletin d'information permet de renforcer la visibilité des actions entreprises qui ne doivent en aucun cas rester dans l'anonymat. C'est pourquoi, nous encourageons fortement cette initiative et remercions les acteurs.

## ACCES AUX SOINS DE SANTE DE BASE, ETAT DES LIEUX, DIFFICULTES ET PERSPECTIVES

Le district sanitaire de Dioïla, situé en zone 3 de pauvreté au Mali (zone la plus pauvre) couvre une superficie d'environ 7256km<sup>2</sup> avec 269529 habitants en 2012. Ce district, grâce aux efforts consentis par le gouvernement Malien et ses partenaires, a dans le cadre de la mise en œuvre du programme de développement sanitaire et social 1998-2009, procédé à une extension

importante de la couverture en soins de santé de base. La construction et la mise en marche de 16 centres de santé communautaire a permis à 81% des habitants d'avoir accès au paquet minimum de soins dans un rayon de 15kms. Le dernier centre de santé communautaire, Diogo inauguré ce mois juin 2012, dans une grande ferveur populaire va permettre de renforcer nos acquis.



Cscm de Diogo, inauguré le 9/06/12, photo Dr Bagayoko.

En fin 2011, les efforts consentis ont permis au district d'atteindre certains objectifs. A titre d'illustration, le taux d'utilisation de la consultation curative a atteint 0,25 nouvelles

consultations/habitant/an, le taux d'utilisation de la consultation prénatale 70%, le taux de couverture en accouchement assisté 71%, la prévalence contraceptive 4%, le



Les femmes et les enfants de Dioïla attendent beaucoup de nous, **Photo Dr Bagayoko**

Le district a aussi enregistré un taux d'accouchement par césarienne à 2,02%. Sur le plan épidémiologique et grâce aux efforts dans le domaine de la vaccination, le district n'a enregistré que 4 cas de paralysies flasques aiguës non polio, 2 cas de rougeole et 3 cas de méningites dues au **S.pneumoniae.** Il faut noter aussi que depuis mai 2011, le district à l'instar du reste du Mali a procédé à l'introduction dans la vaccination de routine d'un vaccin contre le pneumocoque dénommé

### PREVENAR 13.



Introduction du vaccin contre le pneumocoque, **photo Dr Traoré**

Dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite, 7 campagnes de vaccination ont été organisées ainsi que 3 ratissages.

Du point de vue ratio habitant-personnel, le district a un médecin pour 23510 habitants, une sage femme pour 58777 et un infirmier pour 9042. S'il ne reste qu'à rapprocher les soins de santé de 19% de nos populations, d'autres défis sont à relever: l'inadéquation et l'insuffisance des équipements et de la logistique, l'insuffisance et l'inéquité dans la répartition du personnel et la mauvaise hygiène des individus, de l'environnement et de l'habitat. Des efforts supplémentaires doivent être faits dans les domaines de la lutte contre la vente illicite des médicaments, la pratique illicite de la médecine, la mauvaise

hygiène de vie des populations

(Manque de sports, mauvaise hygiène bucco-dentaire alimentation déséquilibrée... et la disponibilité des médicaments essentiels : compris les vaccins et les ARV.

La planification familiale, axe central des politiques de réduction de la mortalité maternelle, mériterait d'être mieux soutenue au niveau périphérique.

Une décentralisation et déconcentration des budgets et mécanismes de recrutement peuvent contribuer au renforcement de l'équité dans la répartition du personnel de santé.

Par rapport aux perspectives d'action, nous estimons que la mise en œuvre de l'approche du financement basé sur les résultats (FBR) et le développement des soins essentiels aux communautés peuvent constituer des alternatives crédibles aux problèmes d'accessibilité géographique aux soins de santé et de financement judicieux des programmes de santé.

**Dr BAGAYOKO Moussa**



Un ASC réalisant un test de dépistage du paludisme chez un enfant de moins de 5 ans.  
Photo Dr BAGAYOKO



Séance de formation des ASC.

Lancés le 1er novembre 2011, avec le concours de l'UNICEF, les soins essentiels dans la communauté offrent de nouvelles opportunités d'accès aux soins de santé de base. Ce paquet de soins comprend entre autres le dépistage et la prise en charge des cas non compliqués de paludisme, de diarrhée, d'infections respiratoires aiguës et de malnutrition. En plus de ces soins, l'agent de santé communautaire chargé de les mettre en œuvre, offre à sa communauté d'accueil, des soins essentiels du nouveau né, la distribution de proximité des produits contraceptifs modernes et des conseils pour un changement positif de comportement. Il faut signaler que ces agents de santé (aide soignant et matrone à 92%) au nombre 50 ont bénéficié d'une formation de 15 jours et d'un stage de perfectionnement de 20 jours dans leur cscm de rattachement. Les directeurs techniques des cscm de rattachement et les superviseurs du centre de santé de référence ont eu aussi pour mission de réaliser le suivi post formation de ces agents de santé. Le démarrage de leurs activités a été précédé d'une approche communautaire (pour une meilleure organisation des communautés autour de sites de travail), d'une dotation en médicaments essentiels et de l'octroi par les communautés d'un logement et d'un lieu de travail. Six mois après le lancement de ces activités un bilan sommaire nous a permis d'apprécier certaines actions posées par ces agents et d'affirmer qu'avec un minimum de suivi et d'accompagnement, ces nouveaux acteurs peuvent contribuer à renforcer notre système de soin. **Jugez-en vous-même :**

Composantes	Nombre total de cas (CSOM + ASC)	Nombre ASC	% des cas pris en charge par les ASC	Composantes	Nombre
Paludisme	9943	3589	36%	Population cible (moins de 5 ans) du district	53914
IRA	3440	2119	62%	Population cible (moins de 5 ans) des sites ASC et village satellites	17364 (32%)
Diarrhée	2453	1367	56%	Total Enfants consultés par les ASC	7676 (soit un taux à 0,44 nc/hb/an)
MAM + MAS	1212	554	46%	Référés par les ASC Taux de référence	1068 (taux de ref à 13%)
Suivi des N. Né	47	47	100%		
Total	17095	7676	45%		

*Apport des ASC dans la prise en charge de certaines maladies, 88% des cas de diagnostic de paludisme sont basés sur le résultat de test de dépistage rapide*

*. Apport des ASC dans l'offre de soins curatifs aux enfants de moins de 5 ans*

En plus de ces résultats, il est à noter que les soins essentiels aux communautés ont permis pour une première fois, la réalisation de test de dépistage du paludisme aux niveaux des villages. De façon globale le taux d'utilisation de la consultation curative a augmenté de 38% si nous comparons les taux atteints au 1<sup>er</sup> trimestre en 2010, 2011 et 2012 (0,14 ; 0,15 ; 0,19). A ce jour

ces ASC parfaitement intégrés dans le dispositif de gestion et d'offre des soins, renouvèlent leurs stocks de médicaments au cscom. Si au terme de six d'activités, nous pouvons dire que les résultats atteints attestent de la pertinence de la stratégie, des questions demeurent : qui va assurer les salaires de ces agents, une fois que l'UNICEF se serait retiré le 31 décembre 2012 ?(i), comment assurer une disponibilité des médicaments contre le paludisme et la malnutrition aigue modérée, des tests de dépistage du paludisme (ii) ; comment étendre ses soins comme le souhaitent les populations en ne perdant pas de vue les OMD 4 et 5 ?.... Une perspective d'extension s'offre aux communautés avec l'intervention du Projet MUSKOKA mis en œuvre par la croix rouge Malienne avec le concours de la croix Canadienne et l'agence Canadienne pour le Développement International (ACDI). **Dr BAGAYOKO Moussa**

# A

## SSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE, UNE ALTERNATIVE CREDIBLE A L'INACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS DE SANTE!!!



Femmes lors du lancement de la CVSS de N'djifina/Wacoro. Photo Dr BAGAYOKO

Lancée le 1er mai 2011, l'assurance maladie obligatoire, s'impose à ce jour comme une alternative sérieuse aux problèmes de cherté du coût des soins. En 11 mois de sa mise en œuvre dans le district, l'initiative a pu couvrir toutes les structures de soins et produit des informations éloquentes sur les opportunités qu'elles offrent. Ainsi 1164 consultations curatives, 12 consultations prénatales, 4 accouchements, 17 interventions chirurgicales, 37 examens de radiographie, et

174 examens de laboratoires ont pu être fournis à des salariés assurés. 66% des assurés pris en charge sont des enseignants et ayants droits, 10% de retraités, 6% de personnel de santé et 18% personnel des autres services. Le coût des soins et médicaments pris en charge par la CANAM à travers ses prestataires de services l'INPS et la CMSS s'élève à 9360000fcfa soit une dépense moyenne de 7819fcfa /assuré pris en charge. Ces dépenses ont été remboursées à plus de 91% par les services de l'INPS et de la CMSS. Il est à rappeler que les prélèvements opérés chez les usagers qui fréquentent nos services varient entre 1100fcfa à 7600/mois. En plus de la facilité de soins apportée aux assurés, la mise en œuvre de l'AMO, oblige les structures conventionnées à respecter

les prix de cession des médicaments adoptés en 2003. L'autre plus-value apportée par cette stratégie réside dans l'appropriation des structures périphériques de santé par classe intellectuelle de notre communauté. Il faut noter qu'avant l'AMO très peu de cadres locaux se faisaient soigné dans nos structures. La clé de ce succès relatif est l'engouement et l'adhésion manifestée par tous le personnel de santé et les autorités locales. Le personnel de santé, partant de sa conviction de la justesse de la stratégie ne se limite pas seulement à l'offre de soin mais contribue à levé les écueils et les appréhensions suscitées. Si des doutes existaient au démarrage de cette initiative, l'on est en droit dire qu'à ce jour, l'AMO se pose en garant des soins de santé pour tous. Comme

pour reprendre les déclarations de Mr Tangara, enseignant de son état « *si ce n'était pas l'AMO, comment aurais je pu supporter les soins de mon enfant qui m'ont coûté tous frais confondus 162400 au lieu de 812000 f CFA et s'il vous plaît en septembre* »

Par rapport aux réticents nous

estimons que la prise en compte de la quasi-totalité des médicaments en spécialité dans les officines privées peut favoriser la levée des réticences.

Il nous faudra dès maintenant, développer l'informatisation de la gestion des centres de santé de référence, renforcer le

personnel de santé, et les stocks de médicaments à tous les niveaux; mais aussi développer et soutenir les mutuelles de santé pour permettre aux non salariés pour la plupart pauvres de se soigner dans la dignité.

**Dr BAGAYOKO Moussa**

## **L** ES CAISSES VILLAGEOISES DE SOLIDARITE SANTE, BASE D'UNE MUTUALITE SOLIDE

Le développement de la mutualité santé, axe stratégique du programme de développement sanitaire et social est enfin devenue une réalité dans le district de Dioïla. Cette avancée majeure a été concrétisée par le lancement de la mutuelle communale de Niantjila grâce à l'accompagnement de le SNV et de l'union technique de la mutualité. Cette mutuelle spécifique de part son caractère communal va offrir des soins à ces adhérents contre une cotisation annuelle de 1870FCFA et une adhésion de 1000fcfa. Les adhérents bénéficieront de 75% de remise sur les

consultations curatives et prénatales, les accouchements, les actes de petite chirurgie et les médicaments. Son lancement, moment d'intense ferveur a réuni les habitants de la commune et des villages voisins des cercles de Bougouni



*Des femmes au lancement d'une CVSS à N'djifina/wacoro*

En plus des efforts ont été faits dans le domaine de la mise en œuvre des caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) sur les

vestiges du fonds de solidarité maternelle (Initiative du PAP/DK-SNV). Les caisses actuelles mises en place à l'échelle village grâce aux concours financiers et techniques de la fondation Borne Fonden.

Ces caisses fonctionnent essentiellement sur des cotisations annuelles et des dividendes des activités génératrices de revenus mises en place par la fondation. Leur mise en place qui a fait l'objet d'une approche communautaire très structurée, elle-même basée sur l'existence de dynamique de mutualisation. Ces caisses qui fonctionnent comme des mutuelles avec des organes de gestion, des comptes bancaires et des supports prévoient la prise en charge de 85% des frais des

soins courants et des frais d'évacuation sanitaire. A ce jour le district de 4 caisses du genre dans deux aires de santé et à terme le dispositif prévoit une mutuelle communale des caisses villageoises dont le nombre va croître en 2012. Les résultats

atteints lors de la phase de recherche nous ont démontré la faisabilité, la pertinence et l'attractivité des CVSS. La tenue des fondamentaux des caisses en cette année de disette et d'insuffisance des financements vont nous permettre de mieux

apprécier la soutenabilité et la pérennité des caisses. Nous fondons beaucoup d'espoir sur cette approche susceptibles à nos yeux de corriger certaines défaillances des mutuelles telles qu'elles existent actuellement.

**Dr BAGAYOKO**

## **Q**UELQUES AVANCEES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE REFERENCE-EVACUATION

Démarré en 1997 dans le district sanitaire de Dioïla avec comme porte d'entrée la mise en place d'une armoire de médicaments pour les urgences chirurgicale et obstétricale et la mise à disposition de véhicule pour le transport notre système a connu des avancées importantes. Le système de tiers payants continu avec les apports du Gouvernement pour la gratuité des césariennes, les collectivités et les communautés pour les frais de transport et le centre de santé de référence pour les actes médicaux. Pour résoudre la problématique des cotisations à la caisse de solidarité, le conseil de gestion a mis en place un système de cotisations à l'échelle aire de santé, basé sur les contributions des villages et de la collectivité. Ce système qui a permis d'assurer la gratuité du transport à 79% et 81% des urgences obstétricales respectivement en 2010 et 2011 a été étendu au transport village CSCOM dans le cadre d'une recherche action menée avec le

projet bien-être et survie de l'enfant de **Borne Fonden /Danemark**. Cette recherche qui vise à étudier dans quelle mesure le transport sur le tronçon village- CSCOM peut être fait à l'aide de la moto-ambulance se déroule actuellement dans quatre aires de santé. Dans le cadre de cette étude la fondation a doté deux aires de moto – ambulance. À ce lot s'ajoute les dotations des aires de santé de Sérabila (ROTARY) et de Niantjila (Jumelage Niantjila-VAL ANDRE PLENEUF/France). Ces quatre motos gérées de façon différente nous permettrons de savoir quel dispositif est plus adapté à notre contexte. Le rapport de cette étude est attendu en fin 2012.

Il faut signaler que la gratuité de la césarienne qui a très certainement contribué à la réduction de la mortalité maternelle dans le district a permis l'accès à ce soin à 1634 femmes en 6 ans. Cette prise en charge de ces femmes a coûté à l'état plus de 140 millions de franc CFA(source SLIS).

En plus du développement du transport

des urgences, le système a dans le cadre de l'accélération de l'OMD 5 entrepris des travaux d'amélioration de son plateau technique. Le programme d'appui Néerlandais à l'accélération de l'OMD 5 a financé les travaux de réhabilitation du centre de santé de référence.



le nouveau bloc opératoire (droite) et la nouvelle maternité (gauche) du centre de santé de référence de Dioïla

Ces travaux quoique insuffisants pour couvrir adéquatement tous les locaux, se poursuivent actuellement à la satisfaction de tous.

En plus de ces investissements, et grâce à la coopération entre la ville de Val André Pléneuf et la commune de Niantjila, un mini- bloc opératoire a été construit dans ce CSCOM situé à 110km de Dioïla.

Ce centre doté d'un Médecin à tendance gynécologique et d'un infirmier ayant des compétences au laboratoire pourra ainsi offrir la césarienne à des femmes qui pendant 4 mois /12 sont isolées où doivent mettre plus 6 heures pour avoir accès à la césarienne. La moto ambulance mis en place dans ce centre va renforcer le transport entre ce CSCOM, ses 9 maternités satellites et ses 14 villages



Le mini bloc opératoire de Niantjila  
Photo Dr BAGAYOKO

## NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION, UNE SOLUTION POUR L'ACCES DES POPULATIONS RURALES AUX SPECIALISTES

*Quand nos soignants nous lisent qu'il n'ya plus d'autres solutions que d'aller à Bamako, nous ne savons plus à quel sein se tourner, à Bamako voir un spécialiste est très difficile et trop cher pour nous, parfois nous demandons à amener nos patients à la maison et attendre ce que Dieu voudra »* tels sont les propos transcrits d'un notable de Dioïla. Pour contribuer à amoindrir cette crainte et permettre à ces populations en restant sur place et avoir l'avis des spécialistes sur leur maladie, le

centre de santé de référence de Dioïla en collaboration avec l'équipe d'EQUI -Rhésus mène depuis deux ans une recherche-action. Cette activité de recherche vise entre autres à démontrer le bien fondé et les possibilités d'utilisation de

certaines applications de la télé-médecine. Dans notre cas de figure les applications développées sont la télé-échographie et la télé-électrocardiographie.

**le matériel de télé-échographie et de la télé-électrocardiographie**



Nous n'avons pas pu développer les télé-enseignements faute de connexion stable et à haut débit.

Comment opère t'on? Les malades se présentent au centre de santé de référence pour des plaintes, les examens concluent à la nécessité de réaliser une échographie, au lieu d'envoyer le malade à Bamako (160

(ms), un médecin généraliste formé à la manipulation de l'appareil et aux rudiments des examens, réalise les examens et envoie par internet à des experts à Bamako. En plus du dossier du malade avec toutes les informations lui concernant.

Que gagne notre système ?

le patient à accès aux conseils spécialisés à moindre coût ainsi qu'à

des soins de meilleure qualité;

-le Médecin prestataire gagne l'estime de ses pairs de ses clients et de ses maîtres. En outre il bénéficie d'une formation qu'il peut mettre en valeur partout où il sera, il est rémunéré pour les services rendus

-le centre de santé gagne l'estime de ses clients des pairs et de la population. La fréquentation du

service est renforcée;

-l'expert de Bamako et l'équipe de EQUI Rhésus gagne l'estime des partenaires et leur crédibilité est renforcée par une expertise avérée et pratique.

En deux ans les résultats sont éloquents: échographies et ECG réalisés. En plus de ces résultats grâce aux conseils à distance et

## NOS AMIS NOUS APPORTENT LEURS AIDES!

Courant 2011, en plus des importants investissements que nous avons bénéficié, d'autres mériteraient d'être signalés.

Dans ce chapitre, nous citerons : -

-Le renforcement des équipements du bloc opératoire par le Projet bien être et survie de l'enfant de la fondation Borne Fonden;

-La dotation des unités de médecine et de maternité de lits, matelas et moustiquaires par la fondation orange,



Maternité de Kokoun, C/Niantjila, Photo Dr BAGAYOKO

En plus de ces aides diverses, il nous plaît de signaler les apports habituels de la section et des sous sections Ançardine (courant Haïdara) en terme de don périodique de sang mais aussi d'investissements humains dans la salubrité des centres de santé du cercle. Ces gestes importants posés depuis plus de 6 ans contribuent à nos efforts d'offre de soin de santé de qualité.

La dotation du CScom de Massigui d'une ambulance et l'équipement des agents de santé communautaire de 50 vélos. Aussi il conviendrait de signaler que le cadre d'un projet de Co- développement le partenaire

Français a à travers l'ONG Mission sahel construit et équipé une maternité satellite à Kokoun Sèrèmè dans la commune de Niantjila.



Militants de Ançar -dine en activité en septembre 2011. Photo Dr Bagayoko



Cérémonie des équipements de Borne fonden au csref. Dr BAGAYOKO

-la dotation de moto - ambulance des cscm de n'golobougou, wacoro, niantjila et seribila par respectivement Borne Fonden et Rotary international.

# Focus sur un partenaire : MARIE STOPPES international!



Marie STOPPES international, ONG Britannique intervenant dans notre district depuis 2010 dans le domaine de la planification familiale fait l'objet de ce focus grâce aux efforts qu'elle déploie en faveur des femmes. En effet depuis le démarrage de notre collaboration, cette ONG spécialisée dans le domaine du franchisage en matière de

planification familiale, abat un travail conséquent qui a permis à la prévalence contraceptive de passer de 2 à 6%. La promotion des méthodes contraceptives de longue durée, la formation du personnel de santé, l'offre de service de qualité à un coût largement à la portée des populations et le franchisage de certaines formations sanitaires ont contribué à donner à cette ONG une image et une notoriété unanimement saluée des autorités locales.

de solliciter auprès des responsables de cette ONG, une extension de leurs activités dans le temps et dans l'espace dans notre district mais aussi dans tous le Mali tant les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sécurisée sont immenses. Vivement un renforcement de la collaboration avec marie stoppes international.

**Dr BAGAYOKO**

Il nous a paru nécessaire de profiter de cette tribune pour saluer cet acteur essentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle et pour l'épanouissement des femmes. Il nous plaît aussi

continuent de nous poser d'énormes difficultés. On peut citer entre autres, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les

que les populations étaient à l'abri du VIH. Le constat est aujourd'hui amer avec des villages de plus de 20 personnes sous ARV pour des populations de moins de 1000 habitants. La malnutrition aigue, source de beaucoup de pathologies entraînant invalidité et même décès chez les enfants de moins de 5ans, connaît un regain de fréquence avec le relâchement

géo helminthiases, les complications de la malnutrition aigue. Si le facteur commun à la plupart de ces pathologies demeure la mauvaise hygiène des individus et de leur environnement, le déficit de bonnes informations reste aussi le plus gros problème à régler.

des efforts de lutte contre les formes modérées et mêmes les formes sévères (manque de rations sèches, insuffisance et rupture de stock des laits thérapeutiques). Cette situation susceptible de favoriser d'autres

**L**UTTE CONTRE LA MALADIE, CERTAINES REALITES QUE NOUS AURIONS AIMER OCCULTER!



cas de noma chez un enfant de 4 ans. photo Dr Bagayoko

Malgré les efforts déployés certaines endémies et épidémies

Pendant très longtemps, l'on est resté dans les préjugés que notre district étant essentiellement rural

maladies comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole va s'accroître avec la disette qui sévit actuellement dans la localité. L'afflux de réfugiés du nord dans

le dénuement total vers des zones déjà en état de souffrance alimentaire n'est pas de nature à faciliter les choses. C'est pourquoi nous lançons un appel aux donateurs pour qu'en dépit de nos

problèmes politiques les appuis puissent continuer dans le domaine de lutte contre la malnutrition aigüe.



**Retrouvez nous sur le web sur  
[santé.gov.ml](http://santé.gov.ml)**

DIOÏLA INFO SANTE

**Comité de rédaction:**

Dr BAGAYOKO Moussa, médecin Chef  
Mohamed D. DIAKITE, chef SDSSES