



**JURRIEN TOONEN
DRAMANE DAO
THEA HILHORST**

MALI
**Vers un système d'information
essentielle sur le secteur de la santé
pour les acteurs communaux (SIEC-S)**



Deutscher Entwicklungsdienst

TABLE DES MATIÈRES

Préface	2
Introduction	4
1. Le contexte	4
1.1 La politique nationale de décentralisation	4
1.2 La politique sectorielle de santé	5
1.3 Le transfert de compétences	5
2. L'approche de la recherche-action	6
2.1 Les acteurs	6
2.2 Les étapes pour construire un partenariat efficace	6
3. L'information comme préalable à une participation active	7
3.1 Le système national d'information sanitaire	7
3.2 Des besoins croissants des conseils communaux en informations sanitaires	8
3.3 Le suivi de la micro planification et les contrats de performance	8
4. Le SIEC-S : point de départ et structure	9
4.1 L'approche	9
4.2 Les critères de choix des indicateurs du SIEC-S	10
4.3 La compréhension des indicateurs par les acteurs locaux	11
4.4 Présentation et analyse de l'information	12
4.5 Les étapes du SIEC-S	13
5. Conclusions et perspectives	15
Annexe I : sigles	16
Annexe II : indicateurs essentiels	17
Annexe III : bibliographie	18
Annexe IV : personnes ressources, documents en ligne et adresses utiles	18

PRÉFACE

Sonia Le Bay (SNV-Mali)

Christiane Loquai (ECDPM)

« *Celui qui connaît tout ne mourra pas* » dit un adage bambara. En partageant avec le lecteur quelques expériences et apprentissages issus de « *la volonté perceptible, dans tous nos pays ayant lancé depuis les années 1990 des réformes de décentralisation, d'expérimenter de nouvelles approches et de nouveaux modes de coopération dans le renforcement des capacités locales pour le suivi et l'évaluation*¹ », l'objectif est de contribuer modestement à accroître la connaissance disponible sur le sujet.

Ce document s'adresse à tous les acteurs du développement œuvrant dans le domaine de la décentralisation et de la gouvernance locale. Il est destiné plus spécifiquement à ceux qui travaillent sur des questions relatives au renforcement des capacités en matière de suivi, d'évaluation et de contrôle démocratique des structures de gouvernance locale.

Il a été rédigé dans le cadre d'un exercice de capitalisation d'expériences réalisé avec des méthodes et des outils de renforcement des capacités de suivi et d'évaluation de différents acteurs de la décentralisation, notamment des collectivités territoriales.

Cette initiative est née au Mali. Elle est conjointement menée par le *Réseau de Réflexion et d'Échanges sur le Développement Local* (REDL, un réseau d'une douzaine d'organisations et programmes de développement²), l'Organisation néerlandaise de développement (SNV-Mali), le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales (MATCL) et le Centre Européen de Gestion des Politiques de Développement (ECDPM, une fondation indépendante basée à Maastricht, Pays-Bas), en collaboration avec différentes structures d'appui intervenant en Afrique de l'Ouest.

Elle vise à répertorier et à documenter les expériences en matière d'outils et de méthodes de suivi et d'évaluation et à diffuser les « bonnes pratiques » et enseignements retenus. Cet exercice de capitalisation a débouché sur 11 études de cas qui ont été discutées lors d'un séminaire sous régional d'échanges et d'apprentissage, organisé les 17 et 18 mai 2006, à Bamako, sous le haut patronage du MATCL.

La présente étude « **Vers un système d'information essentielle sur le secteur de la santé pour les acteurs communaux** » a été préparée par Jurrien Toonen, Dramane Dao et Thea Hilhorst.

Jurrien Toonen, médecin, travaille à l'Institut Royal des Tropiques (KIT), à Amsterdam. Il coordonne plusieurs projets et des activités de « développement des systèmes de santé ». Cela couvre les aspects institutionnels, ressources humaines, financement de la santé, suivi évaluation et participation communautaire. Depuis 1992, il a contribué à l'évolution du domaine de la santé publique au

1- Extrait du discours de bienvenu prononcé par M. Ibrahima Sylla, conseiller décentralisation au Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales (MATCL) du Mali, lors du séminaire sous régional d'échange et d'apprentissage sur des expériences en matière de suivi et d'évaluation de la décentralisation et de la gouvernance en Afrique Occidentale.

2- <http://www.snmali.org/actus/redlinfo0606.pdf>. Les membres du Réseau qui se sont mobilisés autour de cette initiative sont : la SNV-Mali, le Programme d'Appui aux Collectivités Territoriales (PACT) de la Coopération technique allemande (GTZ), l'Aide de l'Église Norvégienne (AEN), CARE International au Mali, le Programme d'Appui aux Acteurs de la Décentralisation (PAAD) de l'Association suisse pour la coopération internationale (Helvetas-Mali), « Solidarité, Union, Coopération » (SUCO), l'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP) et le Programme Gouvernance Partagée (PGP) de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

Mali, notamment lors de la formulation d'une politique nationale en ressources humaines et de l'évaluation du programme national de santé (PRODESS-I).

Dramane Dao, licencié en finances et comptabilité, est conseiller à l'Organisation néerlandaise de développement (SNV) et chargé des questions de transfert de compétences et des ressources aux collectivités territoriales. Précédemment, il a appuyé diverses structures de santé : comme conseiller de la SNV auprès des Directions Régionales de la Santé et du Développement Social dans le cadre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) et comme gestionnaire de plusieurs programmes de santé, aux niveaux local et régional, pour des services gouvernementaux.

Thea Hilhorst travaille aussi au KIT, mais pour la section développement économique. Elle s'est spécialisée depuis plusieurs années sur le thème de la décentralisation rurale et de la gouvernance locale. À travers l'Afrique de l'Ouest, pour la SNV, elle coordonne des travaux de capitalisation et de recherche-action. Elle a notamment initié celle-ci qui vise à développer des approches pour faciliter le travail en partenariat autour de la santé publique, comme une stratégie possible pour promouvoir la synergie des actions sur le territoire communal.

Cette étude capitalise les expériences d'une recherche-action en matière de test d'un outil de suivi et de gestion d'informations essentielles sur la santé publique au niveau décentralisé. L'approche de cette recherche-action a consisté à réunir les différents acteurs clés en santé publique au niveau des collectivités territoriales (tels que les élus, les associations de santé communautaires et les services techniques) autour d'un paquet minimum d'informations. Ce dernier est appelé « Système d'Information Essentielle pour la Commune dans le secteur de Santé » (SIEC-S).

Dans l'étude, les auteurs démontrent comment la collecte, le partage et l'analyse conjointes de l'information et des indicateurs sur la santé peuvent contribuer à une meilleure collaboration entre les acteurs concernés, renforcer leur compréhension des défis en santé publique et donc leur capacité d'action. C'est pour cela que cette recherche-action constitue également une expérience très pratique de préparation de la mise en œuvre d'un transfert de compétences aux collectivités territoriales dans le domaine de santé.

Les facilitatrices du processus conjoint de capitalisation tiennent à exprimer leur gratitude aux auteurs, à leurs organisations, aux membres du REDL qui ont contribué à la préparation des études de cas et qui se sont engagés, avec l'appui de l'Agence Suédoise de Développement International (ASDI), à les publier en version française et anglaise, sous forme de tirés à part et aussi sous forme de livre compilant les résultats du séminaire sous régional de mai 2006. Elles tiennent également à présenter leurs plus vifs remerciements à Monsieur Ibrahima Sylla, conseiller en décentralisation du MATCL, pour son engagement infatigable pour la réussite de ce processus de capitalisation. Enfin, elles remercient Florence Dumont et Uzany Tshombé d'avoir effectué la révision de ce document.

INTRODUCTION

Au Mali, le niveau des indicateurs de santé reste préoccupant. Une meilleure performance du secteur public dans la fourniture de services de base est une nécessité absolue pour la réduction de la pauvreté. Le défi posé aux divers acteurs en matière de santé communale est de travailler ensemble, de façon effective, afin d'offrir une santé publique appropriée aux besoins locaux, y compris à ceux des groupes les plus vulnérables.

À la suite de l'émergence des communes en 1999, l'organisation institutionnelle dans le domaine de la santé publique a fondamentalement changé.

En effet, celles-ci se sont vues confier la responsabilité de certains services de base, ce qui demande une redéfinition des rôles et des responsabilités, notamment entre les collectivités territoriales, le ministère de la santé et les associations de santé communautaire. Comme les représentants communaux seront progressivement impliqués dans la gestion de la santé, il devient nécessaire que chacun puisse disposer d'informations appropriées et accessibles concernant les priorités et en suivre l'évolution, ce qui leur permettra de prendre des décisions en connaissance de cause.

Cette communication présente des expériences de développement d'un paquet minimum d'informations dans le domaine de la santé, permettant aux collectivités territoriales et aux Associations de Santé Communautaire (ASACO) d'assumer leurs nouvelles responsabilités et de participer activement à la gestion de la santé publique. Ce paquet

est appelé « Système d'Information Essentielle pour la Commune dans le secteur de la Santé » (SIEC-S). Il résulte de la volonté d'utiliser les informations du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et de chercher à rendre accessibles les données collectées régulièrement par le ministère de la santé. Il ne s'agit donc pas d'établir un nouveau système de collecte de données, mais de se baser sur les services de santé déjà existants.

Le SIEC-S fait partie d'un programme d'activités et d'outils élaborés en vue de soutenir la mise en oeuvre du transfert de compétences des ministères sectoriels vers les collectivités territoriales. La démarche vise à améliorer la coordination et la collaboration entre les divers acteurs.

Le contexte général et la recherche-action seront présentés, ainsi que la problématique concernant l'information sanitaire. Ensuite viendront l'approche développée dans le cadre du SIEC-S, les premières expériences de terrain, pour aborder enfin les quelques leçons tirées.

1. LE CONTEXTE

1.1. La politique nationale de décentralisation

L'effondrement du parti-État et de la dictature militaire, en 1991, constitue un tournant décisif dans l'évolution politique du Mali. Une des conséquences a été la remise en cause de toutes les institutions étatiques. Lors de la conférence nationale de 1991, la décentralisation était considérée comme un axe stratégique pour la construction du futur État malien et, à ce titre, elle a été inscrite dans la nouvelle Constitution. Ce processus de

dévolution des pouvoirs a créé une base pour un changement profond dans les relations entre l'État et les citoyens et pour faciliter un rapprochement entre les services publics et la population.

Ainsi, la loi-cadre n° 93-008 stipule les conditions d'administration autonome des collectivités territoriales à travers des organes délibérants et exécutifs. Elle prévoit la mise en place de quatre types de collectivités territoriales¹, sans liens de subordination hiérarchique entre elles et gérées par des conseils élus. Les élections communales organisées en 1999 marquent le début de la mise en

1- Les communes (703), les cercles (49), les régions (8) et le district de Bamako.

œuvre de cette réforme institutionnelle. Les collectivités territoriales sont alors devenues des espaces légaux et appropriés pour le développement local. Celles-ci sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de développement économique, social et culturel sur leur territoire.

1.2. La politique sectorielle de santé

En 1990, le gouvernement du Mali a adopté un cadre global d'interventions dans le domaine de la santé. Cette nouvelle politique repose avant tout sur la déconcentration de certaines responsabilités du ministère de la santé vers les ASACO². Afin d'accroître la zone de couverture des services de santé, le ministère de la santé a adopté une politique favorisant l'émergence des ASACO et accroissant leur rôle en matière de mobilisation des ressources et de gestion des Centres de Santé COMMunautaire (CSCOM).

Le PROGRAMME de DEVELOPPEMENT Sanitaire et Social (PRODESS) a démarré en 1998, avant la mise en place du nouveau découpage administratif. Son système de planification et ses procédures ne tenaient donc pas compte des fonctions des nouvelles collectivités territoriales. Les procédures d'investissement continuaient d'être gérées directement par la direction administrative et financière du ministère de la santé, y compris celles des investissements réalisés au nom des communes, des cercles et des régions. En 2004, le PRODESS a fait l'objet d'une révision (PRODESS-II) afin d'intégrer les responsabilités des collectivités territoriales³.

1.3. Le transfert de compétences

En juin 2002, le gouvernement a signé les décrets de transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique⁴. Ces décrets précisent les compétences, les ressources, les moyens et les actifs à transférer de l'État aux collectivités. Les communes peuvent en déléguer la gestion à des structures spécialisées, telles que les ASACO.

Encadré 1 : activités issues du transfert de compétences aux communes dans le domaine de la santé

- ▶ Élaboration et mise en œuvre du plan de développement sanitaire
- ▶ Création et entretien des infrastructures
- ▶ Délivrance des autorisations de créer des centres de santé communautaires
- ▶ Établissement de la convention d'assistance mutuelle avec les ASACO
- ▶ Subventionnement des ASACO
- ▶ Recrutement du personnel
- ▶ Mise en place d'un stock initial de roulement en médicaments essentiels
- ▶ Lutte contre la vente illicite de médicaments
- ▶ Information, éducation et communication en santé
- ▶ Mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies
- ▶ Mobilisation sociale autour des objectifs socio-sanitaires

Les potentialités du transfert de certaines compétences du ministère de la santé vers les collectivités territoriales sont les suivantes :

- les ressources nationales (financières et humaines) du domaine de la santé sont allouées de manière plus pertinentes et plus équitables si la planification est basée sur les besoins locaux et si des critères d'allocation sont élaborés ;
- les experts en matière de santé peuvent se consacrer aux services sanitaires quand les tâches financières et administratives pour la construction et la gestion des infrastructures sont transférées aux collectivités territoriales ;
- l'implication des collectivités territoriales facilite une approche intersectorielle en matière de santé publique, ainsi qu'une meilleure coordination avec des secteurs tels que ceux de l'eau potable et de l'assainissement, de la nutrition et de l'éducation, de la prévention du VIH/SIDA et d'autres maladies;
- l'implication et l'engagement des communes dans le domaine de la santé publique pourraient renforcer la mobilisation de ressources, ainsi que la mobilisation sociale autour des campagnes de santé préventives ;
- une participation plus active des collectivités territoriales et des ASACO aux prises de décision en matière de santé publique pourrait aboutir à un renforcement du concept de « rendre compte » entre utilisateurs et services sanitaires et entraîner ainsi une amélioration de la qualité de soins.

2- Une ASACO est une entité légalement reconnue, autorisée à recruter du personnel, à gérer des réserves financières et à posséder des bâtiments.

3- Le ministère de la santé est en train d'adapter les indicateurs du SNIS pour mieux répondre aux besoins en informations du PRODESS II. Par exemple, un accent particulier est mis sur la qualité des soins en prenant en compte le point de vue des utilisateurs.

4- Le transfert automatique concerne, entre autres, l'état civil. Les préparatifs pour les transferts de compétences concernant la gestion de ressources naturelles et des domaines ne sont pas encore très avancés.

Pourtant, le progrès est lent. Durant cette étape, une certaine méfiance entre le personnel technique et les collectivités s'est installée. L'évolution vers un transfert de compétences plus concret se heurte à la perception négative d'une partie du personnel déjà « décentralisé » par le ministère de la santé. Cette perception provient essentiellement de l'expérience mal vécue de la déconcentration du ministère et de la collaboration avec l'ASACO.

Il existe également une attitude empreinte de réserve de la part des services ministériels concernés. Leur principale réserve est liée au fait que les collectivités territoriales manquent de ressources

humaines et de capacités techniques requises pour les compétences qui doivent leur être transférées. Toutefois, en ce qui concerne la gestion financière, de nombreuses collectivités territoriales ont prouvé qu'elles étaient capables de gérer les fonds destinés aux infrastructures (ANICT, 2004).

Néanmoins, de plus en plus, le ministère de la santé apprécie l'opportunité qu'offre la décentralisation pour la mise en œuvre plus efficace de ses politiques et stratégies en mobilisant de nouveaux acteurs. Il cherche à les harmoniser avec la politique de décentralisation. Depuis 2006, la cellule d'appui à la décentralisation au sein du ministère y contribue.

2. L'APPROCHE DE LA RECHERCHE-ACTION

Les textes de lois sur le transfert de compétences ne spécifient pas clairement comment les différents acteurs devraient collaborer. De plus, une participation effective des collectivités territoriales nécessite des outils permettant aux non-spécialistes de participer aux débats sur les grandes orientations et de suivre les performances du système de santé.

C'est pourquoi, depuis 2004, la SNV-Mali et l'Institut Royal des Tropiques (KIT) ont souhaité élaborer, avec les acteurs concernés, des approches et des pratiques qui facilitent l'établissement de partenariats locaux efficaces dans le domaine de la santé publique et qui permettent de renforcer les performances et la responsabilisation des acteurs⁵. Il s'agit de mener un processus de réflexion et d'échanges de points de vue et d'expériences entre les acteurs-clés, conjugué à des propositions opérationnelles concrètes pour garantir la complémentarité des activités et des ressources.

2.1. Les acteurs

En milieu rural, le CSCOM, l'ASACO et la commune sont les principaux acteurs impliqués dans la gestion de la santé publique. Dans certaines communes, il existe aussi des ONG intervenant dans ce domaine. Dans ce milieu, il y a très peu de praticiens privés et il s'agit bien souvent de guérisseurs traditionnels. Des pharmacies y ont été ouvertes et des marchands itinérants y vendent des médicaments. En ville, le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture de soins sanitaires.

Chacun des acteurs a des relations avec des structures au niveau cercle, région et central. Le CSCOM maintient des relations hiérarchiques avec le centre de référence au niveau du cercle. Les ASACO sont organisées en fédération au niveau cercle, régional et national. Les communes sont représentées au conseil de cercle, bien qu'il n'existe pas de relation hiérarchique entre la commune et le cercle.

2.2. Les étapes pour construire un partenariat efficace

Les étapes suivantes sont importantes pour bâtir des partenariats efficaces entre le ministère de la santé, les collectivités territoriales et les organisations de la société civile qui s'occupent des centres de santé communautaire.

1. Établir une **base de confiance** entre ces différents partenaires. Cela implique, par exemple, que tous les acteurs soient sur un **ped d'égalité au plan de l'information**, notamment sur la décentralisation et la politique sanitaire.
2. Accepter que, conformément à la législation, certaines **compétences** soient **transférées** du ministère de la santé aux collectivités territoriales et mettre au point des relations de travail efficaces.

5- HILHORST T. et al. (2005).

3. Concevoir un **cadre de concertation propice** au débat et à la négociation. Celui-ci peut voir le jour de façon informelle mais devra, par la suite, être formalisé.

4. Renforcer les **capacités des collectivités territoriales dans la compréhension** d'un point de vue plurisectoriel, des activités de santé publique. Le défi consiste à renforcer les capacités communales pour que les élus et leur personnel comprennent les indicateurs de performances, qu'ils les suivent et, au besoin, qu'ils agissent.

5. **Identifier des activités jouant un rôle de catalyseur**. Bien que la création de relations de travail fonctionnelles soit un processus de longue haleine, il est important de commencer par des activités prioritaires pour tous les acteurs, réalisables à brève échéance et non susceptibles d'engendrer des conflits d'intérêts. Au Mali, cette coopération pourrait démarrer par l'organisation de campagnes de vaccination, le financement communal d'activités sanitaires, avant d'aborder des questions plus complexes et plus délicates, telles que le transfert des responsabilités pour les investissements et les ressources humaines du secteur de la santé aux collectivités territoriales, conformément aux dispositions légales.

6. Établir des **contrats de performance tripartites** pourrait s'avérer utile car, en discutant de ces

contrats, il serait possible de définir ce que les différents partenaires attendent les uns des autres.

7. Renforcer la **responsabilisation de la base**, afin de donner davantage de poids et d'importance à la population, en particulier aux pauvres, en stimulant tous les acteurs pour qu'ils prennent en compte les besoins locaux et la satisfaction de la clientèle.

Cette recherche-action s'efforce de mettre au point des approches et des outils aptes à favoriser une coopération efficace. L'évolution de ces rapports sera étudiée et analysée pour tirer des conclusions du point de vue des contraintes, des opportunités et des solutions envisageables.

Encadré 2 : outils produits dans le cadre de la recherche-action

Outils d'information et de communication :

- ▶ Guide d'information sur la politique sanitaire à l'intention des élus et leurs partenaires
- ▶ Guide d'information des acteurs locaux sur la décentralisation et le transfert de compétences en matière de santé

Outils de partenariat :

- ▶ Système d'information essentielle pour la commune dans le secteur de la santé
- ▶ Guide de micro planification annuelle des actions de santé dans l'espace communal

3. L'INFORMATION COMME PRÉALABLE À UNE PARTICIPATION ACTIVE

3.1. Le système national d'information sanitaire

Le ministère de la santé entretient un système national d'information sanitaire afin de suivre les progrès du « paquet minimum d'activités », tel que défini dans le cadre du PRODESS.

Ainsi, des données sont régulièrement collectées sur les performances des CSCOM par rapport à l'évolution de leur accessibilité géographique, de l'utilisation de leurs services et de leur couverture. Au niveau villageois, des informations sur certaines activités sont également collectées comme, par exemple, sur les latrines, la couverture en sel iodé,

le taux d'adhésion à l'ASACO, le recouvrement des cotisations, le suivi de certaines consultations préventives (vaccinations, consultations prénatales), la couverture en moustiquaires imprégnées. La gestion financière du CSCOM, la gestion des stocks de médicaments, la tenue et le respect des réunions (y compris les procès-verbaux), les plans d'action, le respect des engagements, la communication des résultats aux bénéficiaires font également l'objet d'un suivi régulier par le ministère.

Le canevas pour la collecte des données est préparé au niveau national. Au niveau du CSCOM, les informations sont collectées par l'infirmier (qui en garde en principe une copie) et envoyées aux instances du cercle, puis aux niveaux supérieurs où

les données sont rassemblées et donnent lieu à la publication d'un annuaire statistique régional.

Les techniciens sanitaires du cercle utilisent ces informations communales lors des visites de supervision du personnel du CSCOM sur la base des objectifs fixés en début d'année. L'ASACO est parfois présente lors des visites trimestrielles de supervision. Les ASACO et les communes reçoivent aussi une copie des rapports trimestriels, mais cela représente pour elles une lourde charge de travail lorsqu'elles veulent les exploiter car ce sont de gros documents contenant des informations très détaillées.

Les données du SNIS, telles qu'actuellement présentées, ne sont pas d'accès facile pour les non-spécialistes. En outre, les élus du conseil communal ont beaucoup d'autres domaines à gérer, avec peu de personnels et de ressources. Ainsi, il est beaucoup plus efficace de se limiter aux priorités et de construire un paquet minimum d'informations essentielles (le SIEC-S) leur permettant de comprendre et de prendre des décisions de santé publique.

Enfin, le SIEC-S peut aider le conseil communal à rendre plus tangibles et visibles les résultats de son soutien. Ainsi, l'appui à la fourniture des services sanitaires pourrait atteindre une visibilité égale et comparable à celle des investissements dans les bâtiments et équipements.

3.2. Des besoins croissants des conseils communaux en informations sanitaires

Il existait une convention d'assistance mutuelle entre l'ASACO et le ministère de la santé pour la gestion du CSCOM. Mais depuis la mise en place des collectivités territoriales, l'ASACO doit désormais signer cette convention d'assistance mutuelle avec le maire de sa commune. Toutefois, jusqu'à présent, les élus ne maîtrisent généralement pas le contenu de ces conventions d'assistance mutuelle. Par conséquent, leur rôle demeure souvent passif. Une réflexion, impliquant surtout la fédération des ASACO (FENASCOM), est en cours sur ce sujet. Un système comme le SIEC-S pourrait faciliter la participation active de tous les acteurs car il tient compte des enjeux et du contenu de l'engagement et il facilite le suivi des progrès.

Le ministère de la santé multiplie ses efforts pour adopter une approche plus dynamique mettant en cohérence la planification communale (PDSEC) et le programme sectoriel de santé qui s'effectue à l'échelle du cercle. Le président du conseil de cercle préside déjà les réunions du conseil de gestion du centre de santé de référence. Tous les maires sont membres de ce conseil de gestion, mais leur participation reste souvent passive, faute d'avoir accès aux informations pertinentes.

Évidemment, un dialogue effectif entre le conseil communal et le ministère de la santé et l'accroissement de ses responsabilités nécessitent un accès régulier à des informations viables sur la situation de la santé publique dans la commune. Les collectivités territoriales et les ASACO ont exprimé ces besoins lors de plusieurs rencontres et ateliers organisés dans le cadre du programme de recherche/action. La recherche-action a eu pour conséquence l'association progressive du conseil communal et de l'ASACO aux visites de supervision des techniciens sanitaires du cercle. Il s'agit là d'avancées importantes de renforcement du partenariat dans le domaine de la santé publique. Celles-ci démontrent encore la nécessité d'une circulation régulière de données viables et compréhensibles de tous les acteurs.

3.3. Le suivi de la micro planification et les contrats de performance

La micro planification a été instituée dans le cadre de la Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement du jeune Enfant (SASDE), avec l'appui de l'UNICEF, pour améliorer de manière participative les indicateurs au niveau des aires de santé du CSCOM. Elle a lieu semestriellement, à la suite d'une réunion de suivi des activités du CSCOM, en présence de l'ensemble des acteurs.

La micro planification est devenue une pratique nationale. Cependant, la commune ne se sent pas engagée dans le processus du fait de sa faible implication dans les différentes étapes, la plupart se déroulant entre le CSCOM et le centre de santé de référence. Actuellement, certains CSCOM invitent le conseil communal à ces réunions. Cependant, rien n'est fait pour rendre sa participation plus dynamique : il n'existe ni préparation préalable

des élus sur l'état des lieux et sur les enjeux, ni outil pour faciliter leur compréhension et donc leur participation.

Une façon de donner davantage de poids à la micro planification est de la faire suivre de la signature de contrats de performances. Le ministère de la santé est en train de développer des contrats « types » à plusieurs niveaux (commune, cercle, région). Deux sortes de contrats de performances sont prévus : d'une part, entre le ministère et les collectivités territoriales et, d'autre part, entre le ministère et des ONG. Les contrats décrivent les attentes et responsabilités et définissent

des indicateurs de performances qui seront utilisés pour le suivi. Cette pratique constitue un outil de suivi et pourra se faire dans le cadre du SIEC-S.

Dans le cadre de la recherche-action, les échanges avec les acteurs communaux (ASACO, CSCOM, conseil communal) ont permis d'établir un micro plan annuel du domaine de la santé qui doit servir de référence pour les engagements des uns et des autres. Ces engagements seront consignés dans un contrat de performances pour leur mise en œuvre. Au cours des réunions de supervision, le suivi se fera en présence de tous les acteurs, d'où l'importance du SIEC-S dans le processus.

4. LE SIEC-S : POINT DE DÉPART ET STRUCTURE

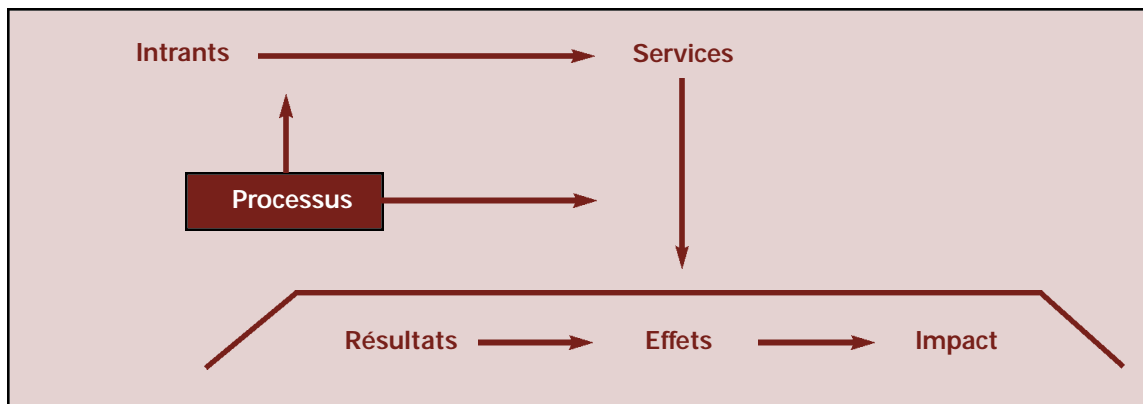
4.1. L'approche

L'objectif du SIEC-S est de permettre aux représentants des conseils communaux et aux ASACO de suivre l'état de la santé publique, de dégager des priorités pour leur commune, de participer activement aux débats avec le ministère de la santé et de suivre les progrès du CSCOM, de la micro planification, des contrats de performances, des conventions d'assistance mutuelle. Le SIEC-S sert également de base de dialogue dans le cadre de la collaboration tripartite.

La recherche-action menée dans le cadre du SIEC-S vise à développer une approche qui permette de choisir les informations prioritaires dans une

commune donnée et de les présenter dans un format compréhensible par les acteurs locaux. Le SIEC-S utilise surtout les informations provenant du SNIS déjà en place. Il ne modifie ni le circuit de l'information au sein du ministère de la santé, ni le système de suivi-conseil. Le ministère de la santé est pleinement impliqué dans la conception du SIEC-S.

Les informations données par le SIEC-S devraient fournir une base solide pour identifier les priorités lors de la planification sanitaire conjointe dans l'espace communal. Le SIEC-S devrait permettre de gérer de manière efficace et efficiente les ressources communales disponibles (financières, humaines, matérielles).



Pour illustrer ces principes, prenons l'exemple d'un programme de contrôle de maladies diarrhéiques, dans le cas où réduire la mortalité infantile est retenue comme une priorité de la commune. Une chaîne de relations peut être établie et suivie de l'identification de certains indica-

teurs liés aux intrants ou aux services permettant de suivre les performances du système. Bien sûr, d'autres maladies contribuent également à la mortalité infantile, comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition... et une chaîne identique peut être construite.

Encadré 3 : exemple d'un programme de contrôle de maladies diarrhéiques

	Indicateurs	Exemples
↓	Indicateur intrant	Ressources investies dans la construction, les services et les activités d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC)/formation
	Indicateur de l'activité (processus)	Latrines, IEC de conscientisation, distribution de Sels pour la Réhydratation Orale (SRO)
	Indicateur de services	Nombre de latrines, nombre de mères formées, disponibilité en SRO
	Indicateur de résultats	Incidence de la diarrhée et nombre d'enfants déshydratés
	Indicateur d'effet	Proportion d'enfants morts de diarrhée
	Indicateur d'impact	Taux de mortalité infantile

4.2. Les critères de choix des indicateurs du SIEC-S

Il est essentiel que le SIEC-S soit centré sur quelques indicateurs afin d'éviter de noyer les utilisateurs sous une masse d'informations et de créer un système trop lourd en termes de charge de travail et de coûts. Le SIEC-S doit donc se limiter à fournir des informations essentielles pour la planification et le suivi des performances des services. Il faut donc élaborer une procédure permettant, d'abord aux utilisateurs, de hiérarchiser leurs besoins en informations puis, de choisir de manière raisonnée des indicateurs.

Les informations fournies par le SIEC-S doivent répondre aux exigences suivantes :

- satisfaire les besoins en informations des communes ;
- informer les communes sur les performances et les résultats du secteur de la santé (qualité et productivité) ;
- aborder les aspects du secteur pouvant être influencés par la commune et l'inciter à agir ;

- permettre à la commune de prendre des décisions sur la co-gestion du secteur de santé en s'appuyant sur des données solides ;
- être flexible pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques des différentes communes.

En 2005, une réunion a eu lieu avec des représentants des communes et des ASACO pour définir leurs besoins en informations. Sur cette base, l'équipe technique SNV/KIT a élaboré une proposition d'indicateurs⁶. Ces mêmes représentants l'ont adoptée après modifications. Ensuite, chaque commune pilote et son ASACO, conjointement avec les services de santé, ont choisi, dans cette « longue liste », les indicateurs correspondants à leurs besoins en informations spécifiques⁷.

Une fiche d'identification et d'analyse des indicateurs retenus est alors établie comme référence et les précisions suivantes sont demandées :

- utilisateur de l'information
- type d'indicateur
- signification et utilisation
- périodicité de l'indicateur
- mode de calcul de l'indicateur
- base de la classification (vert, orange, rouge - voir § 4.5)

6- Voir l'annexe II pour la liste complète.

7- Il est possible qu'une commune identifie des priorités qui ne font pas partie du suivi ordinaire du ministère. Dans ce cas, il faut élaborer de nouveaux indicateurs avec un système de collecte d'informations et d'analyse.

Classification	Champs d'intérêts	Exemples d'indicateurs
Productivité et qualité des soins	Principales maladies	Utilisation des services curatifs Programme Élargi de Vaccinations (PEV) Paludisme
	Couverture des services préventifs	Couvertures vaccinales Contrôle prénatal Accouchements assistés
	Promotion de la santé	SASDE Couverture en eau potable et latrines Couverture en vitamine A Prise en charge des malades du SIDA
	Perception de la qualité des services	Accueil et respect par le personnel
Gestion	Gestion des ressources financières, humaines et des médicaments	Compte d'exploitation du CSCOM Coût moyen par cas Prix moyen par ordonnance Disponibilité du personnel
Concertations	Fonctionnement des organes	Taux d'adhésion Proportion de femmes dans les organes de décision de l'ASACO
	Participation des villages aux activités du CSCOM	Proportion de villages ayant bénéficié de campagnes de vaccination

4.3. La compréhension des indicateurs par les acteurs locaux

Le premier défi relevé a été de vérifier la compréhension des indicateurs par l'ensemble des acteurs. Ainsi le SIEC-S a été testé dans deux communes du cercle de Dioïla (Wacoro et Nangola).

Ainsi, en janvier 2006, nous avons analysé le degré de compréhension de certains indicateurs du SNIS par des acteurs locaux dans la commune de Wacoro. Les entretiens avec le conseil communal et l'ASACO ont porté sur la signification des indicateurs, sur la façon de les analyser et sur leurs utilités pour les actions à entreprendre. Le test a montré qu'ils ont très bien compris les indicateurs. Une fois dépassés quelques gênes et blocages, certains voulaient même entrer plus en détails. Des représentants du ministère de la santé ont également assisté à ces réunions.

Le premier indicateur abordé est celui des Consultations PréNatales (CPN) qui jouent un rôle

important dans la réduction de la mortalité maternelle. Trois CPN sont recommandées aux femmes enceintes. L'indicateur a été présenté de façon descriptive, non en pourcentage : « sur 100 femmes, 90 se sont rendues une fois au CSCOM pour un suivi de leur grossesse ; sur 100 femmes, 37 se sont rendues trois fois au CSCOM pour un suivi de leur grossesse ». Ce qui correspond à : CPN-1 de 90 % et CPN-3 de 37 %. Les acteurs locaux ont bien compris cet indicateur.

Le tableau de bord concernant les CPN, rempli lors des visites de supervision, est déjà fixé au mur d'un des bureaux du CSCOM. Il a été présenté aux acteurs locaux. Bien qu'ils aient compris la signification de l'indicateur CPN et des taux obtenus dans leur commune, au premier abord, ils n'ont pas su interpréter le tableau. Cependant, après l'explication des principes du graphique et du tableau de bord, il a semblé qu'un nouveau monde s'ouvrait à eux. Une personne a dit : « Nous pensions que ces dessins sur le mur étaient destinés à rendre le CSCOM plus beau. Nous ne savions pas qu'il s'agissait de figures techniques et que nous pouvions les comprendre ».

Un débat a été immédiatement lancé à propos du graphique, de l'objectif de la commune et des résultats attendus. Les participants ont conclu que le taux de CPN-3 était trop bas. Au cours de l'analyse, des explications générales, pas forcément fondées, ont d'abord été avancées comme « les femmes ont honte de montrer leur grossesse », mais finalement, des explications plus approfondies sont venues enrichir le débat. Un des conseillers communaux a mentionné qu'un des blocages pouvait se situer dans le refus des maris à ce que leurs femmes viennent en consultation. Dans ce cas, plutôt que de centrer les activités de sensibilisation uniquement sur les femmes, les participants eux-mêmes ont conclu qu'il fallait également sensibiliser les hommes afin de lever les blocages économiques ou sociaux empêchant les femmes de décider par elles-mêmes. Il est certain que seule une analyse poussée peut susciter des interventions pertinentes.

Le deuxième indicateur, abordé avec les acteurs communaux, est le taux d'utilisation des soins curatifs qui est de 0,25 % pour Wacoro. L'énoncé de cet indicateur est « si tout le monde passe une seule fois au centre, le chiffre retenu est 1, mais une personne peut visiter le centre plus d'une fois ». Les participants ont été d'accord pour reconnaître que presque chaque personne de la commune tombera malade au moins une fois par an. Donc, un chiffre inférieur à un signifie que certains malades ne sont pas venus au CSCOM, soit ils ont demandé des soins ailleurs, soit ils sont simplement restés chez eux. Une nouvelle discussion a alors eu lieu sur la cause de ce constat « tous les villages ne sont pas encadrés », « qui sont les autres prestataires de santé ? » et « que faut-il faire pour que cela change ? ».

Le troisième indicateur retenu a été la couverture en moustiquaires imprégnées. Dans la commune de Wacoro, 35 % de la population possède une moustiquaire imprégnée. Cet indicateur était clair et les participants ont demandé encore davantage de précision : « une moustiquaire imprégnée pour les femmes ou pour les enfants ? ».

Les acteurs communaux ont vraiment apprécié cette séance de travail. La présentation d'indica-

teurs pertinents dans une formulation compréhensible leur a permis de réaliser une analyse fondée sur des résultats. Ils peuvent ainsi avoir une meilleure compréhension de la problématique et plus facilement identifier des actions appropriées et faisables. Le président de l'association des maires a déclaré : « c'est formidable, c'est ce dont on avait besoin, maintenant on peut mieux apprécier l'état de la santé dans notre commune. Avant, on pensait que les progrès étaient bons parce qu'on n'analysait pas bien les chiffres mais, maintenant, on peut savoir aussi ce qui manque ».

Les représentants du ministère de la santé ont aussi apprécié les discussions et se sont rendus compte que même des acteurs non-spécialistes, parfois analphabètes, sont capables de suivre les informations fournies par le SNIS, lequel doit renforcer l'engagement communal sur la problématique sanitaire si les indicateurs sont bien expliqués et si la présentation est adaptée. Ils ont ainsi compris l'importance du SIEC-S et son utilité pour le ministère.

4.4. Présentation et analyse de l'information

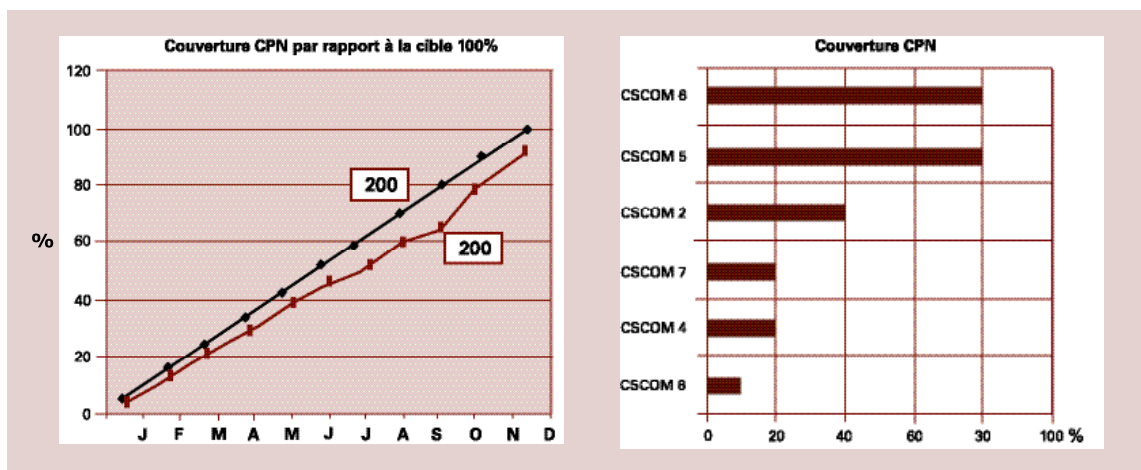
Le deuxième défi est de développer une forme de présentation des informations qui les rende accessibles et compréhensibles par des acteurs locaux (commune et ASACO), lesquels ne sont pas spécialistes du domaine de santé.

Il est important de prendre en compte les objectifs des conseils communaux et leur style de communication avec la population. Il faut tout d'abord que le langage ne soit pas technique. Comme le mandat des élus est de 5 ans et, qu'en général, ils cherchent à être réélus, une présentation quinquennale leur convient mieux, surtout si elle leur permet, au moment des élections, de montrer à la population les activités entreprises et leurs résultats. Ils s'intéressent surtout aux résultats, non aux modes de calcul permettant de déterminer la valeur des indicateurs. En outre, comme nombre d'entre eux sont analphabètes, il est essentiel de réaliser des présentations visuelles.

Pour être en mesure d'estimer la valeur d'un indicateur, il est important de le comparer aux données des années précédentes du CSCOM concerné et/ou des résultats des CSCOM voisins (voir encadré 5). Cette comparaison permet au conseil communal et à l'ASACO de juger les résultats de leur CSCOM. Les acteurs ont le choix entre trois options pour comparer les données collectées dans leur commune :

- comparer les indicateurs de la commune par rapport à la moyenne du cercle ;
- comparer les indicateurs de la commune par rapport à la norme nationale ou régionale ;
- comparer les indicateurs de la commune par rapport à un objectif fixé au démarrage du SIEC-S.

Encadré 5 : exemples de graphiques des comparaisons des données sur le contrôle prénatal



4.5. Les étapes du SIEC-S

Le point de départ du SIEC-S est un accord tripartite entre le conseil communal, l'ASACO et le ministère de la santé dans lequel ils ont dégagé les priorités, puis choisi les indicateurs et enfin déterminé les « standards de comparaison ».

Avant de démarrer la constitution du SIEC-S, une séance d'information et de formation en langue locale est entreprise avec tous les participants,

ainsi qu'avec les représentants des autres associations locales intervenant dans le domaine de la santé publique. Les participants doivent d'abord comprendre les objectifs et les principes du système de suivi ainsi que la signification de la nomenclature des indicateurs. Ils doivent savoir comment mesurer et comment interpréter les graphiques.

Des fiches spécifiques ont été élaborées pour le SIEC-S (voir encadré 6).

Champ d'intérêt	Indicateur	Année			
		Q1	Q2	Q3	Q4
Principales maladies	Utilisation des services curatifs				
	Pourcentage des cas référés :				
	→ du village au CSCOM				
	→ du CSCOM au CsRéf				
	Exacerbation d'une maladie à prévenir par le PEV				
	Proportion des enfants malades				
	- infections respiratoires aiguës				
	- syndromes diarrhéiques				

La fiche des indicateurs devra être remplie chaque trimestre par les représentants du conseil communal et de l'ASACO, sur la base des informations fournies par l'équipe technique du CSCOM.

Le remplissage sera fait en couleur, « vert », « orange », et « rouge », en fonction de « l'objectif fixé » au démarrage du SIEC-S. La signification de ces couleurs ou « feux » est la suivante :

- **feu vert** : quand les résultats sont ceux souhaités;
- **feu orange** : quand les résultats indiquent moins de progrès que prévu ;
- **feu rouge** : quand les résultats sont en baisse ou négatifs.

Les données nécessaires aux indicateurs retenus sont fournies par l'équipe technique du CSCOM et font partie des données déjà collectées pour le SNIS. Avec l'appui de l'ASACO, elles sont calculées et enregistrées sur des formulaires spécialement élaborés et mis à la disposition du maire. Les représentants de la commune et des ASACO analysent ensuite les données et décident de la couleur à donner à chaque indicateur. Puis, avant l'arrivée de la mission de supervision de l'équipe de cercle, ils remplissent les tableaux avec les couleurs choisies. Les indicateurs sont aussi représentés dans des graphiques par le chef de poste

médical de la commune, appuyés (si nécessaire) par le chargé du Système d'Information Sanitaire (SIS) du cercle⁸.

Les résultats du SIEC-S et les graphiques sont présentés et discutés lors de la mission de supervision du ministère de la santé⁹. Il est important que l'équipe du cercle vérifie, en posant des questions approfondies, que les acteurs communaux ont compris la signification des résultats. Ils ne peuvent entreprendre des actions pertinentes que quand ils ont compris le fond des problèmes. Cette analyse conjointe aboutit à l'établissement d'un plan d'action, y compris à la répartition des responsabilités, dont les progrès sont vérifiés lors de la mission de supervision suivante.

Les résultats du SIEC-S sont aussi utilisés lors des réunions de planification de la commune. Le SIEC-S permet d'élaborer le bilan des activités et leurs résultats en matière de santé publique. Il sert de base à la planification annuelle réalisée par la commune. Le conseil peut également utiliser le SIEC-S pour montrer à la population comment la commune participe à la santé publique et quels acquis sont de son fait.

8- Lors de la recherche-action, nous avons travaillé avec certains chargés du SIS pour rendre davantage lisibles ses informations et pour ne plus présenter qu'un tableau rempli de chiffres. Généralement, la première réaction a été le doute et le manque d'enthousiasme. Mais quand ils ont constaté, lors des réunions, combien leur travail était apprécié et son effet sur la qualité des débats, ils ont reconnu l'importance de ce type de présentation.

9- Comme déjà dit, la supervision trimestrielle des CSCOM est une activité régulière faisant partie du système de suivi.

5. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

L'approche adoptée pour établir le SIEC-S est établie et des éléments ont été testés dans deux communes. La formation concernant l'utilisation du guide et son exploitation dans d'autres communes pour valider l'approche aura lieu courant 2006¹⁰.

Les représentants communaux ont manifesté, à leur grande surprise, une certaine facilité pour comprendre les indicateurs et les analyser, pour discuter de leur importance avec les services déconcentrés et pour définir les activités prioritaires à entreprendre. Ils ont exprimé de l'enthousiasme pour participer à ces activités. Ceci montre que la faible implication des conseils communaux en matière de santé publique n'est pas due à un manque d'intérêt, mais au fait qu'ils ne savaient pas comment dialoguer sur le domaine de la santé.

Le point fort du SIEC-S est qu'il ne demande pas la création d'un nouveau système de collecte de données. Le SIEC-S n'utilise que l'information déjà collectée et disponible auprès du CSCOM. Ce qui est nouveau, c'est la manière de rendre les informations accessibles aux populations et aux responsables dans l'espace communal. Le chargé du SIS peut jouer un rôle important dans l'encadrement de l'équipe technique du CSCOM et des acteurs locaux.

Le SIEC-S permet aux non-spécialistes, y compris ceux qui sont illettrés, de participer aux discussions sur les résultats du système de santé, sur les progrès, ainsi que sur les causes des défaillances ou

des succès. Les acteurs locaux et le ministère de la santé ont apprécié la fonctionnalité et l'importance du SIEC-S pour renforcer le domaine de la santé publique dans l'espace communal. L'initiative de créer un système d'information essentielle pour la commune dans ce secteur pourrait faciliter la création de systèmes similaires dans d'autres secteurs comme, par exemple, dans celui de l'éducation.

Un effet du SIEC-S est que les discussions entre les communes, les ASACO et les services déconcentrés du ministère de la santé ne se limitent plus, comme auparavant, au financement de la santé. Maintenant, elles portent aussi sur la « santé publique ». Le SIEC-S facilite une analyse et un dialogue sur l'état des lieux, les priorités, les progrès constatés et les actions à entreprendre en matière de santé. Le SIEC-S a incité les différentes parties prenantes à discuter et à travailler ensemble. Cette analyse conjointe a amené les acteurs à rechercher ensemble des solutions et à discuter de la répartition des tâches.

Ainsi, le SIEC-S contribue à renforcer le cadre de concertation et à accroître la confiance mutuelle, chaque partenaire étant mieux informé. L'expérience montre qu'un suivi avec la participation active des acteurs locaux peut être un axe d'action important pour améliorer la coopération au sein du secteur de la santé et les performances du système au niveau local.

À suivre...

10- La mise à disposition des ressources pour terminer le test a pris du retard.

ANNEXE I : SIGLES

ANICT	Agence Nationale d'Investissements des Collectivités Territoriales
ASACO	Association de Santé Communautaire
CPN	Consultations PréNatales
CSCOM	Centre de Santé COMMunautaire
FENASCOM	FEdération Nationale des Associations de Santé COMMunautaire
FICT	Fonds d'Investissement des Collectivités Territoriales
HIV	VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)
IEC	Information, Éducation et Communication
KIT	Institut Royal des Tropiques
MEG	Médicament Essentiel Générique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDSEC	Plan de Développement Social, Économique et Culturel
PEV	Programme Élargi de Vaccinations
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
SASDE	Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement du jeune Enfant
SIEC-S	Système d'Information Essentielle pour la Commune dans le secteur de la Santé
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SIS	Système d'Information Sanitaire
SRO	Sels de Réhydratation orale

ANNEXE II : INDICATEURS ESSENTIELS

Classification	Champs d'intérêt	Indicateurs	Suivi trimestriel	Suivi annuel	
Productivité et qualité des soins	Principales maladies	Utilisation des services curatifs	x		
		Pourcentage des cas référés	x		
		Maladies du mois (maladies priorisées)	x		
		Nombre de VIH positifs (prévalence)		x	
	Couvertures des services préventifs	Couverture vaccinale (<1 an complètement vacciné)	x		
		Consultation prénatale	x		
		Planning familial	x		
		Proportion d'enfants malnutris	x		
	Promotion de la santé	Stratégie avancée intégrée de vaccination menée dans x % des villages de l'aire			x
		Couverture en eau potable			x
		Couverture en latrines			x
		Couverture en moustiquaires imprégnées			x
	Perception de la qualité des services	Accueil et respect par le personnel			
Gestion	Gestion des ressources financières, humaines et des médicaments	Compte d'exploitation des actes médicaux	x		
		Compte d'exploitation des Médicaments Essentiels et Génériques (MEG)		x	
		Prix moyen par ordonnance	x		
		Disponibilité du personnel pour les prestations	x		
		État des bâtiments, des équipements et du transport			x
Concertation	Fonctionnement des organes	Participation des organes aux réunions de concertation		x	
		Respect des statuts et règlement intérieur		x	
	Participation des villages aux activités du CSCOM	Proportion de villages ayant participé aux campagnes de vaccination	x		
		Proportion de villages régulièrement représentés dans la gestion du CSCOM			x

ANNEXE III : BIBLIOGRAPHIE

ANICT (2004)

FICT 2001-2003, rapport de fin d'exercice,
ANICT, Bamako, 23 p.

HILHORST T., BAGAYOKO D., DAO D., LODENSTEIN E. et TOONEN J. (2005)

Dynamiser la santé communale - construire des
partenariats efficaces dans l'espace communal
pour améliorer la qualité des services de santé.
SNV, KIT, Bamako, 44 p.

ANNEXE IV : PERSONNES RESSOURCES, DOCUMENTS EN LIGNE ET ADRESSES UTILES

Personnes ressources :

Jurrien Toonen (KIT)

Email : j.toonen@kit.nl

Thea Hilhorst (KIT)

Email : t.hilhorst@kit.nl

Dramane Dao (SNV)

Email : ddao@snvworld.org

Documents et liens à consulter :

HILHORST T., BAGAYOKO D., DAO D., LODENSTEIN E. et TOONEN J. (2005)

Dynamiser la santé communale - construire
des partenariats efficaces dans l'espace com-
munal pour améliorer la qualité des services
de santé. SNV, KIT. Bamako, 44 p.
(<http://www.snmali.org/publications/brochuresante.pdf>)

Ressources en ligne :

www.kit.nl

www.snmali.org

Adresses utiles :

Institut Royal des Tropiques

Mauritskade 63, Amsterdam

BP 95001

1090 HA Amsterdam, Pays-Bas

Tél. : (+31) 20 5688 272

Fax. : (+31) 20 5688 286

SNV-Koulikoro

BP 20, Koulikoro, Mali

Tél. : (+223) 226 24 71

Fax : (+223) 226 20 92

