

10/0146

**ANALYSE DE SITUATION  
DU SECTEUR DE LA SANTE AU MALI  
Janvier 1992**

**Professeur Mahamane K. MAIGA MD, Sc.D, MPH  
Médecine Interne/Santé Publique/Gestion de la Santé  
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, Bamako.**

# PLAN DE TRAVAIL

	Page
TERMES DE REFERENCE DE LA PRESENTE MISSION .....	1
PREFACE .....	4
1. GENERALITES SUR LE MALI .....	5
2. LE CONTEXTE POLITIQUE DE LA SANTE .....	17
2.1. CONCEPT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE .....	17
2.2. LES GRANDES ORIENTATIONS ET PROGRAMMES .....	17
2.3. LES INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT ET D'IMPACT .....	18
3. PRESTATIONS DE SOINS ET GESTION DES SERVICES .....	19
3.1. SOINS ET SERVICES .....	19
3.2. ANALYSE DES PRINCIPAUX PROGRAMMES NATIONAUX .....	21
3.2.1. SANTE MATERNELLE ET INFANTILE .....	21
3.2.2. PLANIFICATION FAMILIALE .....	26
3.2.3. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION .....	27
3.2.4. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ...	32
3.2.5. LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES .....	34
3.2.6. APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS .....	35
3.2.7. HYGIENE ET ASSAINISSEMENT .....	36
3.2.8. ACTION SOCIALE .....	37
3.3. AGIS : ADMINISTRATION, GESTION, INFORMATION, SUPERVISION ET FORMATION .....	38
4. SOINS DE SANTE PRIMAIRE .....	40
4.1. DEFINITION .....	40
4.2. MEDICAMENTS ESSENTIELS .....	43
4.3. INITIATIVE DE BAMAKO .....	44
4.4. PROJET SANTE POPULATION HYDRAULIQUE RURALE .....	46
5. FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE .....	50
5.1. FINANCEMENT PAR LE BUDGET DE L'ETAT .....	50
5.2. FINANCEMENT EXTERIEUR .....	54
6. FORCES ET FAIBLESSES DE LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE .....	56
7. CONCLUSIONS .....	60

<b>8. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>62</b>
<b>9. TERMES DE REFERENCE DES CONSULTANTS .....</b>	<b>65</b>
<b>10. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>69</b>

## TERMES DE REFERENCE

### LE CONTEXTE DE LA MISSION

La couverture sanitaire en République du Mali, au point de vue de la conception générale, répond parfaitement aux besoins de la majorité de la population. Elle est fondée sur la politique des soins de santé primaire. Néanmoins, il faut noter que la santé publique dans son application présente des insuffisances réelles. L'analyse du système sanitaire fait apparaître une inadéquation entre les ressources disponibles et les besoins exprimés. Quelle qu'en soit leur nature humaine, matérielle et financière, les déficits sont extrêmement importants. Au plan économique, le Mali est un des pays les plus pauvres du globe. Les dépenses du budget de l'Etat consacrées à la santé sont passées de 2,4 \$ US au cours des années 60 à moins de 2 \$ au cours des années 80. Les prestations sanitaires ont évolué dans le même sens.

L'étendue du territoire malien constitue un véritable handicap pour l'implantation des structures, la distribution et l'approvisionnement.

Le faible revenu des populations rurales (constituant 80 % des bénéficiaires de soins de santé), et la gestion centralisée rendent l'accessibilité des prestations difficile.

Les difficultés de gestion du système de santé se répercutent aussi bien sur les soins hospitaliers que sur les programmes nationaux comme le PEV, la Santé familiale/PF, la lutte contre le SIDA, etc...

En conséquence, il convient de voir dans quelle mesure l'amélioration de certains programmes vitaux pourrait entraîner un changement qualitatif des prestations et de l'état de santé des populations sans pour autant remettre en question tout le système en place. On peut évoquer dans ce sens le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, la lutte contre la malnutrition, l'élargissement des structures de base en milieu rural, la création de centres régionaux de données épidémiologiques et statistiques et la réhabilitation des centres hospitaliers régionaux de référence, l'éducation pour diminuer la mortalité maternelle et infantile et la morbidité causée par les pathologies locales, et le système d'assurance maladie, etc... Ainsi, ces différents aspects pris en considération devraient être évalués individuellement et faire l'objet d'étude.

La présente mission de consultation s'inscrit dans ce contexte.

#### **MODE DE FINANCEMENT ET COMPOSITION DE LA MISSION**

La mission sera financée sur les ressources DSS (Services d'appui au développement).

Un consultant national de très haut niveau de préférence un spécialiste en santé publique sera recruté, conformément aux dispositions d'utilisation de ce fonds.

#### **BUT DE LA MISSION**

Le but de la mission est de :

- déterminer avec les autorités maliennes et le PNUD les grandes lignes de l'étude,
- formuler en détail le document sur l'étude sectorielle de la santé.

#### **TACHES DU CONSULTANT**

- passer en revue la politique socio-sanitaire du pays en prenant soin d'analyser le système de gestion socio-sanitaire et mettre en exergue ses forces et faiblesses,
- analyser les programmes existants et mettre en relief leur cohérence, leur complémentarité et identifier leurs lacunes,
- recenser les sous-secteurs importants nécessitant l'élaboration de plans d'actions et préparer les termes de référence des consultations à entreprendre à cet effet,
- proposer des solutions permettant d'améliorer les programmes existants et, au besoin, préparer les termes de référence des consultations à entreprendre pour suggérer ces améliorations.

## DURÉE DE LA CONSULTATION

La consultation durera 3 mois.

## RAPPORT

Le consultant établira son rapport selon les principes directeurs qui figurent dans le Manuel des Programmes et des Projets du PNUD.

A mi-parcours (fin 6<sup>è</sup> semaine), le consultant présentera les résultats intermédiaires de sa mission au Gouvernement et au PNUD.

A la fin de la 11<sup>è</sup> semaine, le consultant fera un nouveau debriefing au Gouvernement et au PNUD avant de déposer son rapport à la fin de la dernière semaine.

## PREFACE

Cette mission a pour but d'analyser la situation socio-sanitaire du Mali d'une manière générale. L'approche analytique adoptée introduit l'historique du développement sanitaire du pays depuis l'indépendance et fait ressortir l'impact de la politique sectorielle de la santé. Le temps imparti à cette étude a permis d'apprécier au niveau national, régional et local l'état des structures de santé et leur fonctionnement, la gestion des programmes, la couverture sanitaire et la participation des collectivités aux activités de soins de santé primaire.

On distingue deux phases dans le développement de la politique sanitaire au Mali. La première allant de l'indépendance le 22 septembre 1960 à la fin du régime socialiste de Modibo Kéita en 1968. La santé est un droit pour tout citoyen malien. Les objectifs de santé fixés au début de l'indépendance étaient très ambitieux, mais ne tenaient pas compte des capacités réelles de prise en charge par les structures de l'Etat. Les soins de base gratuits accordés à tout le monde a fait naître un esprit de dépendance, rendant difficile l'implantation des nouvelles perspectives d'auto-gestion de la santé par les collectivités.

Un acquis précieux de cette période constitue la carte sanitaire qui couvrait tous les cercles et tous les arrondissements avec des structures de base, et une pyramide sanitaire bien hiérarchisée. La politique sanitaire était hautement centralisée et ce phénomène perdure jusqu'à ce jour.

La deuxième phase allant du coup d'Etat du 19 novembre 1968 au 26 mars 1991, connaîtra un développement très important des ressources humaines de la santé. La pratique privée des professions médicales et pharmaceutiques était très peu développée jusqu'en 1988. La gestion du secteur socio-sanitaire restera centralisée avec tous les aléas que nous constatons aujourd'hui. Après 32 ans d'indépendance, le Mali reste un des pays les moins avancés du monde dans le domaine sanitaire. Les taux très élevés de mortalité et de morbidité reflètent les difficultés de gestion du système de santé et la faible couverture sanitaire du pays. En conséquence, il convient de voir dans quelle mesure l'amélioration de la gestion des programmes vitaux de santé pourrait entraîner un changement qualitatif et quantitatif de la santé des populations sans pour autant remettre en cause les acquis du système. Le respect des stratégies de la politique des soins de santé primaire, des principes de la décentralisation et de l'auto-gestion à la base permettra de mieux répondre à la demande des populations en matière de santé.

# 1. GENERALITES SUR LE MALI

## 1. DONNEES GEOGRAPHIQUES DE BASE

Le Mali se situe dans la zone sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. Il a une superficie totale de 1 241 138 km<sup>2</sup>. Il est limité par 7 pays, au nord par l'Algérie, à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal, à l'est par le Burkina Faso et le Niger, au sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée.

Le climat est sec dans la zone saharienne et sahélienne au nord et au nord-est, plus humide dans la zone soudanaise au sud et sud-ouest du pays. L'année est divisée en deux saisons : une saison de pluies de juin à octobre mais n'excédant pas 2 mois dans la partie nord et une saison sèche marquée par le passage des vents chauds de l'harmattan. Les précipitations varient entre 1 400 mm dans la zone soudanaise à moins de 200 mm dans la zone sahélienne. Le Mali est traversé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal.

L'économie est basée sur la production agro-pastorale. Les indicateurs économiques sont :

- PIB : 644,1 milliards FCFA
- PIB/habitant : 87.750 FCFA
- taux de croissance du PIB : 6 %
- Contribution sectorielle du PIB :
  - . sect. prim. : 50,4 %
  - . sect. sec. : 11,8 %
  - . sect. tert. : 37,8 %

## 2. ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Le Mali est découpé en 8 régions administratives : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal et le district de Bamako dirigés par des gouverneurs. Chaque région est divisée en cercles (49) et arrondissements (286) dirigés par des commandants de cercle et des chefs d'arrondissement. La capitale est Bamako. Le Mali compte 22 communes dont 6 à Bamako dirigées par des maires assistés de conseillers municipaux.

Les villages sont administrés par des chefs de village élus parmi les notabilités locales. Les fractions nomades sont administrées par des chefs de fraction. La chefferie traditionnelle ne joue plus un rôle important dans le système administratif du pays.



L'Etat malien laïc, le pays est dirigé par un Président de la République élu au suffrage universel. Le système politique est fondé sur le pluralisme démocratique depuis le 26 mars 1991. La 3<sup>e</sup> République qui naîtra à partir de 1992 sera bâtie sur le principe du pluralisme démocratique.

### 3. POPULATION

La population totale est de 8 254 278 habitants dont 51,14 % de femmes. La densité globale de la population est 6,4 habitants/km<sup>2</sup> ; le taux annuel moyen de croissance démographique en 1980-1988 est 2,4 %. Les langues nationales sont : Bambara, Peulh, Sonraï, Senoufo, Tamacheq, Bobo, Minianka, Dogon, Sarakollé. La langue officielle est le Français; les langues étrangères utilisées sont : Arabe, Anglais. La religion prédominante est l'islam (90 %) suivie du christianisme et de l'animisme.

La population urbaine représente 19 %. Les principales villes sont : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal. La population rurale représente 81 %. Le taux brut de natalité est de 50 ‰ et le taux brut de mortalité est 21 ‰. L'espérance de vie à la naissance est 45 ans. La population active est 3 800 000 dont :

- 80 % dans le secteur primaire
- 9 % dans le secteur secondaire
- 11 % dans le secteur tertiaire

La population malienne est relativement jeune :

- 18,57 % ont moins de 5 ans
- 45,93 % ont moins de 15 ans.

Les femmes en âge de procréer constituent 20,97 % de la population totale, soit 41 % de la population féminine.

### 4. SCOLARISATION

Le Mali compte parmi les pays du globe avec les plus bas taux d'alphabétisation et de scolarisation.

- Taux d'alphabétisation : 23 % pour les hommes et 11 % pour les femmes.
- Taux de scolarisation :

- . primaire : 23%
- . secondaire : 6%
- . supérieur : 1%.

Il existe une grande disparité de taux de scolarisation entre les différentes régions.

Taux de scolarisation par région en 1991 :

- Kayes	: 18,7%
- Koulikoro	: 24,2%
- Sikasso	: 19,3%
- Ségou	: 21,3%
- Mopti	: 12,9%
- Tombouctou	: 15%
- Gao/Kidal	: 17,5%
- District Bamako	: 70%
- Ensemble du Mali	: 18,76%

Les capacités de développement futur du pays dépendront des investissements et de l'amélioration des secteurs de l'éducation et de la santé. L'investissement dans le capital ne saurait se passer sans un changement quantitatif du niveau éducationnel et l'état nutritionnel des populations. L'assainissement de la gestion des pouvoirs publics contribuera à relever ce défi à moyen et à court terme.

## 5. CARTE SANITAIRE

La carte sanitaire du Mali suit le découpage administratif du pays. La pyramide des services socio-sanitaires adoptée en 1981 place l'arrondissement au premier niveau de contact avec les services étatiques de la santé publique. La couverture sanitaire repose sur les structures de référence pour les soins de santé primaire allant des centres de santé d'arrondissement aux hopitaux nationaux :

- 236 centres de santé d'arrondissement non centraux,
- 52 centres de santé de cercle ou de commune,
- 4 hopitaux secondaires,
- 6 hopitaux régionaux,
- 3 hopitaux nationaux.

Le centre de santé de cercle constitue la première instance sanitaire de référence dans la politique de soins de santé primaire. De ce fait, des efforts considérables ont été consentis depuis 1989 pour améliorer les équipements, la performance et la qualité des soins dans les centres socio-sanitaires de cercle dans les domaines de la médecine générale, la chirurgie et la santé maternelle et infantile.

Tableau 1 : Répartition des structures socio-sanitaires par région

STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES	RÉGIONS								TOTAL KALÉ
	KAYES	KOULIK.	SIKASSO	SEGOU	HOPTI	TOMBOUCTOU	GRO	BAMAKO	
<b>HOPITAUX</b>	2	2	1	3	1	2	1	2	14
dont :									
- Hopitaux nationaux	0	1	0	0	0	0	0	2	3
- Hopitaux régionaux	1	1	1	1	1	1	1	0	7
- Hopitaux secondaires	1	0	0	2	0	1	0	0	4
<b>CENTRES DE SANTÉ CERCLE/COMMUNE</b>	7	7	7	7	8	5	5	6	52
dont :									
Dispensaires centraux de CSC	7	7	7	7	8	5	5	2	48
Maternités de CSC	7	7	7	7	8	5	5	4	50
Services de PMI de CSC	7	2	2	7	4	5	4	4	35
Laboratoires d'analyses de CSC	4	5	5	4	5	1	5	0	31
Pavillon Hospitalisation Médecine	6	6	6	6	7	5	4	0	40
Bloc Opératoire	1	6	6	6	5	2	2	0	28
Pavillon Hospitalisation Chirurgie	4	2	6	6	1	2	2	0	23
Service de radiologie de CSC	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Pavillon Dentaire de CSC	1	0	1	0	1	0	1	0	4
Service des Grandes Endémies	7	3	0	7	8	5	4	0	34
DAI (Dispensaires Anti-Tuberculeux)	2	0	7	0	1	0	0	0	10
Service Social	7	7	7	7	8	5	5	5	51
Service d'Hygiène & Assainissement	7	7	7	7	8	5	3	5	45
Pharmacie (Succursales PPM)	7	8	7	7	12	5	6	29	81
<b>CENTRES DE SANTÉ D'ARRONDISSEMENT</b>	42	33	39	32	46	26	18	0	236
- Maternités de CSA	35	32	19	36	35	18	10	0	205
- Dispensaires de CSA	39	33	39	29	47	23	18	0	228
- Centres de Développt. Commun.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
- Bureau d'Hygiène & Assainiss.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

1) L'hôpital régional de Tombouctou n'est pas encore ouvert. Celui de Koulikoro est en chantier.

Source : DRPFSS - Juin 1996

ND = Non Disponible

Notons que les profils ne sont pas complets au niveau des CSC et des CSA.

Pour le secteur de santé de base, on compte :

- 381 maternités rurales de secteur de développement non centraux (sans les chefs-lieux d'arrondissement) ;
- 420 dispensaires ruraux de secteur non centraux ;
- 21 dispensaires privés ;
- 277 dépôts privés de médicaments.

Tableau 2 : Infrastructures sanitaires des échelons de base du pays

Tableau 2 : Infrastructures sanitaires des échelons de base du pays

REGIONS	CERCLES	NOMBRE D'ARRON-	NIERS DE SECTEURS DE BASE					DISPEN-	DEPOTS
				MATERNITES		DISPENSAIRES		SAIRES	PRIVES DE
								PRIVES	PHARMACIE
				Chef lieu:	Chef lieu:	Secteur:			
Arrondis.	Secteur:	Arrondis.	de base:						
Kayes	7	49	201	35	39	39	76	2	157
Koulikoro	7	40	256	32	172	33	151	0	23
Sikasso	7	46	230	39	124	39	94	5	36
Ségou	7	39	262	35	28	29	54	9	32
Kopti	8	55	282	35	14	47	37	3	7
Komolou	5	31	109	18	2	23	8	1	3
Bao (Ida)	8	26	8	10	2	10	4	1	19
TOTAL	49	286	1.348	205	381	228	430	21	277

Malgré la libéralisation des professions médicales, les cabinets de consultation et cliniques privés créés sont très rares et leur impact est pour l'instant peu important. Les pharmacies privées quant à elles, bénéficient de plus grandes facilités d'implantation surtout dans la capitale. L'octroi de prêts bancaires et le programme d'emploi des femmes diplômées posent encore d'énormes problèmes.

## 6. SITUATION DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE

### a. Répartition

L'élément le plus marquant de cette situation est le déficit quantitatif et l'insuffisance qualitative du personnel socio-sanitaire. Cet état a été aggravé par le départ volontaire à la retraite de beaucoup de fonctionnaires et la limitation des nouveaux recrutements au niveau de la fonction publique malienne. En définitive, les besoins exprimés par les services en toutes catégories de personnel sont loin d'être satisfaits. En conséquence, on assiste à une détérioration de plus en plus accentuée de la qualité des soins.

Tableau 4 : Nombre d'habitants pour un agent de santé : ratio par catégorie pour l'ensemble du pays.

CATEGORIES D'AGENTS	NORME OMS	RATIO 1981	RATIO 1990
1 Médecin généraliste	10000	38.845	44.297
1 Médecin spécialiste	hnts	172.434	37.259
1 Administ. social		-	797.342
1 Pharmacien		207.935	139.884
1 Ingénieur sanitaire		2.356.606	724.856
1 Infirmier d'Etat	5000 hts	13.189	12.080
1 Sage-femme d'Etat	5000 hts	29.956	24.839
1 Technicien labo		62.015	60.404
1 Technicien d'assainissement		112.219	86.667
1 Technicien de dev. communautaire		81.262	63.787

On constate une très grande disparité régionale dans la répartition du personnel socio-sanitaire dont la majorité est concentrée au niveau de la capitale Bamako. Ainsi à Bamako, on retrouve 1 médecin pour 30166 habitants alors qu'à Mopti le ratio est de 1 pour 61449 habitants et pour l'ensemble du pays 1 médecin

Malgré la libéralisation des professions médicales, les cabinets de consultation et cliniques privés créés sont très rares et leur impact est pour l'instant peu important. Les pharmacies privées quant à elles, bénéficient de plus grandes facilités d'implantation surtout dans la capitale. L'octroi de prêts bancaires et le programme d'emploi des femmes diplômées posent encore d'énormes problèmes.

## 6. SITUATION DU PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE

### a. Répartition

L'élément le plus marquant de cette situation est le déficit quantitatif et l'insuffisance qualitative du personnel socio-sanitaire. Cet état a été aggravé par le départ volontaire à la retraite de beaucoup de fonctionnaires et la limitation des nouveaux recrutements au niveau de la fonction publique malienne. En définitive, les besoins exprimés par les services en toutes catégories de personnel sont loin d'être satisfaits. En conséquence, on assiste à une détérioration de plus en plus accentuée de la qualité des soins.

Tableau 4 : Nombre d'habitants pour un agent de santé : ratio par catégorie pour l'ensemble du pays.

CATEGORIES D'AGENTS	NORME OMS	RATIO 1981	RATIO 1990
1 Médecin généraliste	10000	38.845	44.297
1 Médecin spécialiste	hbts	172.434	37.259
1 Administ. social		-	797.342
1 Pharmacien		207.935	139.884
1 Ingénieur sanitaire		2.356.606	724.856
1 Infirmier d'Etat	5000 hts	13.189	12.080
1 Sage-femme d'Etat	5000 hts	29.956	24.839
1 Technicien labo		62.015	60.404
1 Technicien d'assainissement		112.219	86.667
1 Technicien de dev. communautaire		81.262	63.787

On constate une très grande disparité régionale dans la répartition du personnel socio-sanitaire dont la majorité est concentrée au niveau de la capitale Bamako. Ainsi à Bamako, on retrouve 1 médecin pour 30166 habitants alors qu'à Mopti le ratio est de 1 pour 61449 habitants et pour l'ensemble du pays 1 médecin

pour 20589 habitants.

Si l'on prend à titre d'exemple le groupe de sage-femmes, 64% sont regroupées à Bamako. Une des principales raisons administratives avancées est le rapprochement des conjoints.



TABLEAU 3 : Nombre d'habitants pour un agent de Santé (ratio par catégorie et par région)

CATÉGORIE DE PERSONNEL	KAYES	KOLIKORO	SIKASSO	SEGOU	MOPTI	TOURQUATOUL	GAO	BAHAKO (*)	MALI (**)
POPULATION EN 1967	1 067 007	1 197 968	1 310 810	1 339 631	1 282 617	459 316	280 722	658 278	7 696 348
POPULATION EN 1989	1 124 625	1 262 658	1 391 594	1 411 971	1 351 878	484 121	401 281	693 822	8 111 951
Médecin Généraliste	Nombre 15	16	20	26	18	9	15	19	180
Ratio	74 975	79 916	69 080	54 307	75 104	53 791	26 752	39 546	45 066
Médecin Spécialiste	Nombre 5	0	6	14	4	2	3	3	214
Ratio	224 925	0	230 266	100 855	337 970	242 061	133 780	136 764	37 906
Ratio pour tous	20	16	26	40	22	11	18	23	394
Médecins confondus	Ratio 56 231	78 916	53 138	35 299	61 449	44 011	22 293	60 166	20 589
Pharmacien	Nombre 3	2	2	5	2	1	3	2	57
Ratio	374 875	631 329	690 797	282 394	675 939	484 121	133 780	246 911	142 315
Ingenieur Sanitaire	Nombre 1	0	0	1	1	1	1	1	11
Ratio	1 124 625	0	0	1 411 971	1 351 878	484 121	401 281	693 822	737 450
Administr. Social	Nombre 0	0	0	1	1	0	1	0	10
Ratio				1 411 971	1 351 878		401 281		811 195
I.D.E.	Nombre 35	36	76	74	63	53	32	49	660
Ratio	32 132	33 228	19 421	19 081	21 458	14 670	12 540	14 160	12 291
Sage-Femme	Nombre 16	24	19	28	24	6	7	117	321
Ratio	70 289	52 611	72 715	50 428	56 328	80 687	57 325	5 930	25 271
Assistant Social	Nombre 0	3	3	1	0	1	1	6	30
Ratio		420 866	460 531	1 411 971		484 121	401 281	115 637	270 398
T.D.C.	Nombre 10	12	15	8	14	8	6	17	125
Ratio	112 463	105 222	106 276	176 436	96 563	60 515	66 680	40 813	64 896
Techn. Laboratoire	Nombre 5	1	7	7	6	5	3	19	132
Ratio	224 925	1 252 658	157 371	201 710	225 313	96 824	133 780	36 517	61 454
Techn. Sanitaire	Nombre 8	0	12	3	10	6	7	12	92
Ratio	140 573		115 133	176 496	135 182	80 687	57 326	57 918	83 173
Inf. Per Cycle	Nombre 36	78	34	78	65	36	63	93	735
Ratio	31 240	16 183	15 448	13 102	20 758	13 448	6 370	7 460	11 037
Infirmière Obstétricienne	Nombre 4	4	0	8	0	3	6	0	32
Ratio	281 156	315 665		176 496		161 374	66 880		253 493
Infirmier Labo-Pharmacie	Nombre 5	4	0	8	0	3	6	0	70
Ratio	224 925	315 665		176 496		161 374	66 880		115 885
Moniteur Jardin d'Enfants	Nombre 16	19	33	26	5	9	0	23	193
Ratio	70 289	66 456	41 856	54 307	150 205	53 791		30 166	40 969
Act. Social	Nombre 7	10	10	7	8	0	4	39	93
Ratio	150 551	136 266	133 139	201 710	168 385		106 828	17 790	87 225

\* = Actif ou des Domiciles de Santé de Communes \*\* = Tous services confondus y compris l'administration centrale et les foraux.

Les mêmes difficultés de personnel formé se rencontrent au niveau du secteur de base pour la prise en charge des SSP. Le pays compte :

- 2 122 accoucheuses traditionnelles recyclées
- 3 068 hygiénistes-secouristes recyclés.

Ce personnel recyclé, de retour dans les villages, ne bénéficie d'aucun soutien financier lui permettant de mettre à profit la formation reçue.

## 7. FORMATION

Actuellement, on constate une inadéquation entre les besoins réels en personnel formé et les effectifs des centres de formation socio-sanitaire. Le recrutement à la fonction publique ne répond plus à des objectifs de satisfaction de la demande pour une santé optimale des populations mais à des soucis de restrictions budgétaires imposées par l'ajustement structurel. Cette limitation des recrutements s'explique par l'insuffisance des ressources propres de l'Etat. Les bourses octroyées pour la spécialisation et les stages de perfectionnement à l'extérieur sont systématiquement réduites. Une tendance d'augmentation des effectifs et de l'éventail des professions médicales de base s'opère depuis 1989 comme à l'Ecole des Infirmiers du Premier Cycle (EIPC), l'Ecole Secondaire de la Santé (ESS), le Centre National de Développement Communautaire (CNDC), l'Ecole de Formation des Educateurs Pré-scolaires (EFEP) et le Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé (CSTS).

Dans le secteur de la santé, comme ailleurs, l'emploi des jeunes diplômés, médecins, pharmaciens, infirmiers, sage-femmes et techniciens se pose avec acuité. Seule une politique conséquente des soins de santé primaire et le développement des secteurs privé et communautaire pourront apporter une solution au problème. Il est pourtant tout à fait évident que l'extension de la couverture sanitaire ne pourra s'opérer correctement qu'à travers l'augmentation des effectifs en personnel qualifié.

# Effectifs des institutions de formation

ECOLES DE FORMATION	EFFECTIF TOTAL	DUREE	SPECIALITES
ENMP = Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie	950	6 ans	Médecine : 750 ét. Pharmacie: 200 ét.
CNDC = Centre National de Développement Communautaire	94	4 ans	Techniciens de développement communautaire
ESS = Ecole Secondaire de la Santé	325	3 ans	Catégorie Infirmier d'Etat Sage-femme, technicien de labo, technicien santé
EIPC = Ecole des Infirmiers du Premier Cycle	173	3 ans	Santé Maternelle et infantile Pharmacie - Labo Santé publique
CSTS = Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé	41	4 ans	Anesthésie Radio Santé publique Odonto-stomato Psychiatrie Kinésithérapie
EFEP = Ecole de Formation des Educateurs Préscolaires	40	2 ans	Moniteur en éducation préscolaire

Compte tenu du programme d'ajustement structurel et des difficultés économiques, les recrutements au sein de la fonction publique sont de plus en plus réduits. De 1981 à 1990, moins de 50 % des sortants de ces écoles ont été admis sur concours dans la fonction publique.

Une petite frange arrive à se faire employer par les secteurs para-étatique et privé. Certains émigrent dans les pays voisins ou se reconvertissent dans d'autres métiers pour s'assurer un revenu.

**6. Situation des recrutements par la fonction publique des sortants des écoles de santé de 1981 à 1990**

CATEGORIES	SORTANTS	RECRUTES FONCT. PUBL.		RESTANTS	
		Nombre	%	Nombre	%
Médecins	212	73	34%	139	66%
Pharmaciens	132	42	32%	90	68%
Infirmiers d'Etat	465	108	23%	357	77%
Sages-femmes	225	102	45%	123	55%
Techniciens de labo	70	34	48%	36	52%
Techniciens sanit.	58	30	52%	28	48%
Infirmiers 1er cycle	531	201	38%	330	62%
Infir. Obstétriciens	81	41	51%	40	49%
IPC Pharmacie labo	45	29	64%	16	36%
Techniciens dévelop- pement communautaire	174	97	56%	77	44%
Educateurs préscolaires	189	82	43%	107	57%
Ensemble	2.182	839	38%	1.343	62%

Source : DNPFS - Division Formation et Directions des Ecoles.

Par conséquent, l'amélioration des prestations de soins serait difficile à atteindre tant que les ratios de nombre d'habitants par catégorie d'agent de santé restent aussi bas (voir tableau ci-dessous).

En définitive, on constate une insuffisance des effectifs dans toutes les catégories du personnel socio-sanitaire employées par la fonction publique. Pour le moment, il n'y a pas d'hôpitaux privés au Mali et les quelques cliniques privées parsemées dans la capitale ont une faiblesse d'absorption du personnel.

## **2. LE CONTEXTE POLITIQUE DE LA SANTE**

### **2.1. CONCEPT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE**

Le premier séminaire national des travailleurs de la santé en 1964 avait adopté le premier plan de développement sanitaire proposé par le Docteur Dolo Sominé. Ce plan présentait des objectifs et des stratégies pour assurer une couverture sanitaire universelle pour toutes les couches de la société malienne.

Le deuxième séminaire national des travailleurs de la santé publique et des affaires sociales de 1981 a adopté le concept des soins de santé primaire défini en 1978 par la conférence d'Alma Ata. Le 3 février 1981, la loi N°81-15/AN-RM a été promulguée institutionalisant la charte de développement sanitaire pour la région africaine de l'OMS.

Depuis, des mesures institutionnelles et structurelles ont été déployées pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Fondé sur les stratégies des soins de santé primaire, le plan décennal de développement socio-sanitaire du Mali 1981-1990 a été élaboré. Il annonce l'élaboration de plans régionaux pour assurer la pérennité de la décentralisation des services de santé.

### **2.2. LES GRANDES ORIENTATIONS ET PROGRAMMES**

L'exécution de la politique des soins de santé primaire a permis de mettre en place une infrastructure sanitaire assez imposante et de développer des ressources humaines pour la gestion et l'exécution des programmes. En dépit de l'objectif de couverture de la grande majorité des populations, l'allocation de ressources consenties par l'Etat reste très insuffisante. Ceci a conduit à une stagnation voire une dégradation des soins et des services de santé. Des programmes prioritaires ont été élaborés comme la Santé Maternelle et Infantile (SMI), la Planification familiale (PF), le Programme élargi de vaccination (PEV), la lutte contre les grandes endémies, la lutte contre le SIDA, la politique des médicaments essentiels et l'Initiative de Bamako (IB).

### 2.3. LES INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT ET D'IMPACT

Le Mali est un pays continental avec une population de 7.987.000 habitants (1989). Le revenu par tête d'habitant est très faible, BNP = 210 \$ US par an et par habitant. Le taux d'accroissement démographique est 21 ‰ et le taux de natalité de 50 ‰ contre une mortalité de 21 ‰. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 6,5 ‰.

Comme dans la plupart des pays en voie de développement, l'explosion démographique est en essor. L'espérance de vie est de 46 ans chez l'homme et 48 ans chez la femme. Les taux d'alphabétisation (14 ‰) et de scolarisation (29 ‰) comptent parmi les plus faibles du monde. Ce retard de développement est reflété par les indicateurs d'impact qui allignent le Mali au rang des pays les plus pauvres. Ainsi, on retrouve un taux de mortalité infantile de 175 ‰, de mortalité juvénile des enfants de 0 à 5 ans égale à 300 ‰ et de mortalité maternelle de 24 ‰. La couverture sanitaire est estimée à 15 ‰ de la population en général.

### **3. PRESTATIONS DE SOINS ET GESTION DES SERVICES**

D'une manière générale, en République du Mali, les prestations de soins et la gestion des services de santé s'articulent sur sept volets :

- Soins et services,
- Santé maternelle et infantile,
- Lutte contre les grandes endémies,
- Approvisionnement en médicaments,
- Hygiène et assainissement,
- Action sociale,
- AGIS : administration - gestion - information - supervision et formation.

#### **3.1. SOINS ET SERVICES**

Les difficultés rencontrées par le Mali, dues d'une part aux ajustements structurels et d'autre part à la mauvaise gestion des services publics, se répercutent sur la qualité des prestations de soins et l'état des services socio-sanitaires. Ainsi, le budget total de la santé a connu une baisse allant de 8,55 % en 1981 à 3,71 % en 1988 du budget d'Etat. Au cours de la même période, le taux d'accroissement de la population était estimée à 25 % selon les statistiques démographiques. Les dépenses en matière de santé ont regressé de 2,4 \$ US à moins de 1,7 \$ par habitant et par an. D'autres phénomènes non moins importants tels le revenu modique des populations (210 \$ US par an), le taux d'alphabétisation très bas, la scolarisation faible, l'enclavement du pays et l'infrastructure routière très peu développée viennent grèver les maigres ressources de la santé. La couverture sanitaire atteint seulement 15 % de la population totale.

L'étude de la carte sanitaire du Mali montre que l'implantation des structures sanitaires est acceptable sur toute l'étendue du pays. On note l'existence de trois hôpitaux nationaux, d'un hôpital secondaire par région, de centres de santé de cercle et de communes dotés de blocs opératoires et de laboratoires d'analyses. Au niveau de chaque arrondissement, un centre de santé d'arrondissement a été construit qui supervise des dispensaires et maternités ruraux dans les villages de la circonscription,

exception faite de la 8<sup>e</sup> région qui vient d'être érigée en 1991. Par ailleurs, dans plusieurs villes et villages, on retrouve des centres médicaux inter-entreprises ou des dispensaires privés confessionnels. Depuis l'avènement de l'exercice privé des professions socio-sanitaires en 1986, plusieurs cabinets de consultations et cliniques ont été créés. L'insuffisance des crédits de fonctionnement, la centralisation des décisions, le sous-équipement et l'insuffisance numérique et professionnelle du personnel socio-sanitaire ont créé des conditions de sous-utilisation des ressources. Ainsi, la fréquentation des services de santé se situe entre 25 % et 50 % en dehors des hôpitaux nationaux et des périodes d'épidémie. En matière de politique du personnel, le Mali est de loin en deçà des normes établies par l'OMS. On compte pour l'ensemble du pays:

- 1 médecin pour 30 540 habitants (N=10000)
- 1 sage-femme pour 24 810 habitants (N=5000)

La disproportion dans l'affectation de ce personnel est sans commune mesure au profit de la capitale Bamako :

	Personnel en général	Spécialistes	Infirmiers	Sages-femmes
Bamako	62%	94%	51%	64%
Reste du pays	38%		4%	49%
				31%

Depuis l'adoption des soins de santé primaire en 1981 comme base de la politique nationale, un effort de décentralisation des soins et des services a été amorcé. Ainsi, le centre de santé de cercle est devenu le centre opérationnel, pendant que la conception et la supervision étaient réservées à la région et aux organes centraux du Ministère de la Santé. Le manque de stratégies bien définies et l'insuffisance de ressources pour atteindre le secteur de base fait que les objectifs du plan décennal de couverture sanitaire 1981-1990 n'ont pas pu être atteints. La population malienne vit essentiellement en milieu rural (81%) dans des conditions précaires de développement socio-économique qui rendent difficile voire impossible l'accessibilité financière et la disponibilité géographique des soins de santé. La population urbaine (19%) bénéficie de la grande majorité des prestations de soins à travers les programmes nationaux et les services hospitaliers. Cette inégalité dans la répartition des soins oblige à revoir les stratégies de la politique socio-sanitaire afin que d'ici l'an 2000, une grande majorité des populations puissent bénéficier de soins de santé décentes.

Les soins curatifs souffrent d'insuffisance permanente de médicaments de première nécessité, de réactifs de laboratoire, de films de radio. La maintenance des équipements, des structures et



de la logistique font défaut dans tous les centres de santé. Il va s'en dire qu'au fil des années, la qualité et la disponibilité des soins ont nettement baissé et les populations ont perdu confiance aux services de santé. Malgré les efforts de participation des populations aux coûts liés aux consultations et aux actes médicaux, aucun changement notable ne s'opère.

Les soins préventifs sont rendus obsolètes par l'insuffisance de moyens logistiques, de sensibilisation, de communication, d'information et de mobilisation des communautés. L'absence de suivi et de supervision rend toutes les statistiques médicales caduques.

### **3.2. ANALYSE DES PRINCIPAUX PROGRAMMES NATIONAUX**

#### **3.2.1. SANTE MATERNELLE ET INFANTILE/PLANIFICATION FAMILIALE (SMI/PF)**

Les activités en matière de SMI/PF sont dirigées au plan national par la Division de la Santé familiale (DSF).

La santé maternelle et infantile a toujours été la plus grande préoccupation de la politique de santé publique en République du Mali. Elle concerne les volets de la santé de la mère et de l'enfant, la vaccination, la réhydratation par voie orale et la planification familiale. Les femmes en âge de procréer et les enfants de 0 à 6 ans constituent 45 % de la population. Ils forment la couche la plus vulnérable de la société. L'environnement tropical favorise la transmission des maladies bactériennes, virales, parasitaires et conditionne la précarité de la santé de la mère et de l'enfant. L'effort fourni par les autorités du pays pour résoudre les problèmes de santé est sérieusement compromis par l'insuffisance de la couverture sanitaire, les mauvaises conditions d'hygiène et la sous-alimentation. D'autres facteurs sociaux et démographiques comme le bas taux de scolarisation et l'accroissement naturel important de la population viennent gréver le bilan déficitaire de la santé. Tous ces éléments restent déterminants de la forte mortalité et morbidité maternelle et infantile que connaît le Mali. Les statistiques d'impact illustrent bien cette situation et classent le Mali parmi les pays les moins avancés dans le domaine de la santé. Ainsi, en 1989, les taux de mortalité infantile 125‰, de mortalité juvénile 300‰ et de mortalité maternelle 25‰, étaient les plus élevés au plan continental et mondial.

On constate aisément que 70% des décès des enfants âgés de 0 à 6 ans sont liés à des affections pouvant être prévenues ou contrôlées par la vaccination ou des gestes thérapeutiques simples

comme la rehydratation orale. Les pathologies communes comme le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires, la rougeole, la poliomyélite et les carences nutritionnelles ne font l'objet d'aucune surveillance systématique.

Les facteurs de risque impliqués dans la forte mortalité maternelle sont nombreux. On peut citer l'anémie, la malnutrition, la dystocie, les grossesses fréquentes et rapprochées et les complications périnatales. En 1983, l'UNICEF avait estimé que 13% au moins des naissances vivantes au Mali avaient un poids insuffisant inférieur à 2,5 kg.

En République du Mali, 10 % des enfants de 0 à 36 mois, souffrent de malnutrition aigüe et 24% d'un retard de croissance. La malnutrition protéino-calorique touche 30% des jeunes de moins de 15 ans. L'espérance de vie des femmes est de 48 ans. Seulement 16% des femmes enceintes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié. Les consultations prénatales sont estimées à 15% comparées aux consultations post-natales qui ne dépassent guère 6% des activités SMI. La planification familiale quant à elle n'atteint que 1%, la surveillance préventive des enfants 7,25% et les consultations gynécologiques 0,5% des activités des PMI. Il faut néanmoins souligner que les visites gynécologiques sont intégrées à l'échelle nationale aux consultations de médecine générale dans les centres de santé. Au niveau de la capitale Bamako, 40% des consultations gynécologiques sont liées à la stérilité des couples.

Des données précises sur les interruptions volontaires de la grossesse (IVG) et la situation des filles mères ne sont pas disponibles au niveau des centres de santé. On estime à 8% les IVG et à 18% les avortements spontanés. L'utilisation de moyens simples de surveillance épidémiologique, comme les carnets de santé maternelle et infantile, bien que disponible, n'est pas de rigueur dans tous les centres de santé du pays.

Devant ce constat amère, le cadre politique et institutionnel de la SMI a été créé en 1980. Dans sa conception présente, il traduit la volonté du département de la santé de donner une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant. La politique est fondée sur le développement d'un certain nombre d'activités curatives et préventives visant à promouvoir la santé de la mère et de l'enfant et intégrant la planification familiale.

L'OBJECTIF GENERAL DU PROGRAMME EST DE REDUIRE LES TAUX ELEVES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE MATERNELLE ET INFANTO-JUVENILE LIES A LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT, AUX MALADIES INFECTIEUSES ET AUX CARENCES NUTRITIONNELLES, PAR LE RENFORCEMENT DES INFRASTRUCTURES DE SMI/PF ET LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SERVICE.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- réduire le taux de mortalité infantile (0 - 1 an) de 125‰ en 1990 à 81‰ en 1995 et à 50‰ en l'an 2000 ;
- réduire le taux de mortalité juvénile (enfants en dessous de 5 ans) de 302‰ en 1990 à 147‰ en 1995 et à 70‰ en l'an 2000

L'atteinte de cet objectif sera liée à une amélioration de la couverture sanitaire faible, le déploiement des services SMI/PF dans les 49 cercles et 286 arrondissements du pays. Il vise l'intégration de toutes les composantes de la SMI, l'accroissement et la disponibilité des services SMI, la rationalisation et l'utilisation des ressources, l'amélioration de la fréquentation des structures et l'extension des activités SMI au niveau le plus périphérique.

De ce point de vue, il faut espérer une augmentation de 15% à 50% de la couverture en consultation prénatale (CPN), le dépistage et la prise en charge de 100% des grossesses à haut risque, la vaccination contre le tétanos et la chimioprophylaxie antipalustre chez 100% des femmes bénéficiant de la CPN. Au plan national, le pourcentage des accouchements assistés doit remonter de 16% à 40%, la consultation post-natale de 6% à 30%, la visite gynécologique de 0,5% à 10%, la surveillance préventive des enfants de 0 - 6 ans de 7,25% à 30% avec une attention particulière pour les enfants de 0 à 3 ans. Le programme national se propose par ailleurs :

- d'atteindre une couverture vaccinale de 80% des enfants de 0 à 6 ans contre les 6 maladies du PEV,
- d'assurer la supplémentation en Vit A de 100% des enfants suivis, prendre en charge 100% des enfants mal nourris dans des centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN),
- de participer à la surveillance nutritionnelle de la collectivité à travers l'exploitation des données sanitaires, la réalisation d'enquêtes nutritionnelles et l'implication du personnel socio-sanitaire dans le système d'alerte précoce (SAP),
- d'assurer la thérapeutique de la réhydratation par voie orale de 100% des enfants diarrhéiques dépistés,

- de prendre en charge 100% des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 6 ans.

Les stratégies préconisées sont les suivantes :

- le renforcement et l'équipement des infrastructures de SMI/PF ;
- l'amélioration des prestations de service par niveau ;
- l'information, l'éducation et la communication (IEC) ;
- la lutte contre les maladies de l'enfance (paludisme, diarrhée, malnutrition, rougeole, coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, tuberculose) ;
- la lutte contre les complications de la grossesse et de l'accouchement ;
- l'approvisionnement en médicaments essentiels à visée SMI/PF et contraceptifs ;
- la réorganisation des services SMI/PF visant l'intégration des activités et le renforcement de la compétence du personnel en gestion et en techniques de SMI/PF ;
- la promotion et la recherche opérationnelle.

L'atteinte de l'objectif de la pleine réalisation des différents volets impliquent la participation d'un personnel socio-sanitaire de différents niveaux techniques et des agents de santé communautaire opérant dans les villages, les secteurs de développement, les arrondissements, les cercles et les régions.

Un plan quinquennal 1988-1992 avait été élaboré et conjointement supporté par le Ministère de la Santé, l'UNICEF, le PNUAP et l'USAID avec une enveloppe financière de 12 millions de dollars US. Ce plan est actuellement en fin de parcours sans pouvoir atteindre son objectif de couverture universelle, c'est-à-dire d'intégration des services SMI/PF et d'extension de ceux-ci à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela résulte certainement du fait que les stratégies ont été sous-estimées au

début du projet. L'arrêt brusque des activités SMI/PF au niveau des communes du District de Bamako, des capitales régionales et quelques rares cercles prouve bien que toute la population cible n'a pas été atteinte.

Au départ, la réorganisation du programme national prévoyait de mettre à disposition un paquet de services structurés offrant la capacité de prise en charge de la femme et de l'enfant dans un circuit de soins intégrés. Il assure ainsi au cours d'une seule visite à la PMI la complémentarité de la demande en consultations gynécologiques, pré et post-natales, vaccination, planification familiale et IEC. Malheureusement, malgré tous les efforts consentis, ce paquet de services à l'échelon national n'est disponible que dans les centres de santé de cercles. L'absence de personnel qualifié et d'équipement sont les principaux handicaps de l'extension de ce programme au secteur de base où se trouve concentrée la majorité de la population cible. Ainsi à partir des arrondissements et au delà les activités SMI sont assurées par des matrones ou des accoucheuses traditionnelles qui, pour la plupart, n'ont pas subi de formation ou de recyclage en techniques modernes et de respect de l'aseptie. La répartition géographique du personnel pose d'énormes problèmes administratifs. Sur les 321 sages femmes travaillant au Mali, 64 % sont affectées dans le district de Bamako. Pendant ce temps, la plus vaste région du Mali, Tombouctou ne dispose que de 4 sages femmes.

Le Mali est considéré comme un des pays africains avec un taux de mortalité infantile et maternelle le plus élevé surtout en milieu rural. Dans les régions du Nord faiblement peuplées, les distances entre les villages et les centres de santé de référence sont très grandes, les routes inexistantes. Dans ces conditions une prise en charge des cas de complication devient impossible. Ainsi, le souci de répartition devrait être fondé sur les critères de population, de mortalité et de distance.

Les affectations du personnel féminin, surtout des sages-femmes, se heurtent à des obstacles d'ordre social comme le rapprochement des conjoints. Par ailleurs, les décisions de mutation du personnel de santé sont gérées au niveau central par le Ministère de la Santé Publique. La carence de personnel est aggravée par le départ volontaire à la retraite des agents de santé au profit de fonctions plus lucratives dans le secteur privé et para-étatique.

La perception politique de SMI au Mali constitue en elle-même une contrainte majeure. Actuellement, la globalité du financement des activités est liée à l'aide extérieure. Le système de recouvrement des coûts mis en place ne bénéficie pas de l'adhésion des populations, si bien que la prise en charge des dépenses récurrentes posera des problèmes dès l'arrêt de l'apport extérieur. La logistique et le plateau technique sont pauvres et manquent

d'entretien. L'encadrement et la supervision au niveau central et régional sont inefficaces. Deux évaluations du programme avaient été faites par les bailleurs de fonds (UNICEF, USAID) qui ont recommandé une meilleure adaptation des stratégies centrales et régionales aux réalités socio-économiques du pays et une plus grande sensibilisation des populations cibles jusqu'au niveau périphérique.

Il faut donc rapidement rompre avec le processus de réorganisation isolée et étendre la dynamique à tous les centres de cercle du pays. Une délégation des compétences au niveau régional de la conception et de l'exécution des réorganisations des services SMI s'impose avec acuité pour obtenir un réel impact sur la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. L'extension de la réorganisation ne pourra être atteinte sans la présence d'un personnel formé et encadré, d'une logistique fonctionnelle et l'assurance d'une accessibilité constante aux médicaments essentiels.

### 3.2.2. LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le programme de planification familiale est intégré à la santé familiale. Malgré les résistances culturelles, religieuses et des difficultés organisationnelles, la PF est de plus en plus perçue par la population malienne comme un moyen d'amélioration du bien-être familial. Avec un taux annuel de croissance naturelle de 2,8 %, le dédoublement de la population sera atteint dans 25 ans. Le nombre moyen d'enfants par ménage de 6,1 est encore très élevé.

Le faible essor économique, la couverture sanitaire précaire associés aux facteurs démographiques majeurs, ont justifié la mise en place d'un programme national de PF. L'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille a vu sa création en juin 1971. Une année après en juin 1972, est paru le projet d'ordonnance sur les pratiques d'espacement volontaire des naissances. Les objectifs du programme s'attachent à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle et infantile, la vulgarisation des méthodes de contraception, la recherche sur l'infertilité des couples, l'éducation à la vie familiale et l'éducation pour la santé. Pour atteindre ces objectifs, des modules de formation du personnel médico-social ont été élaborés dans les domaines de l'andragogie, l'IEC, la physiologie de la reproduction et la gestion des méthodes contraceptives. En dépit de tous ces efforts, le taux d'utilisation de la contraception demeure faible. Le district de Bamako occupe le premier rang avec 7% des activités SMI, alors qu'au niveau national, le taux ne dépasse pas 1,3%.

Les visites sur le terrain ont fait ressortir qu'en dehors de Bamako, seule la région de Sikasso possède un programme PF bien

structuré, à Gao et Tombouctou il est pratiquement inexistant.

L'attitude négative des hommes face à la planification familiale, le désir d'enfants des femmes et le manque d'information constituent les raisons fondamentales de la non utilisation des méthodes contraceptives au Mali. Devant cette situation, le programme de PF se propose d'assurer dans l'avenir la disponibilité de ces méthodes à travers tout le pays par la mise en oeuvre d'un marketing social utilisant un circuit commercial diversifié d'approvisionnement (dépôts, pharmacie, agents commerciaux, etc.) et d'un circuit communautaire au niveau arrondissement. Dans l'application de la PF, la division Santé familiale et l'AMPPF se heurtent à des problèmes de formation des agents, de gestion, d'équipement et d'approvisionnement continu en contraceptifs. Depuis janvier 1992, une dynamisation des projets en cours a été entamée au niveau de la capitale Bamako et dans certaines régions comme Sikasso et Ségou.

La malnutrition concerne 10% à 46% des enfants selon les régions. Elle nécessite une redéfinition de programme avec des objectifs et des stratégies précis. L'éducation des sciences de la nutrition et de l'alimentation doit bénéficier d'une attention plus grande dans les programmes de formation sanitaire.

### 3.2.3. LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)

Le programme élargi de vaccination (PEV) a été lancé en 1986 et avait pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 70% à 80% des enfants âgés de 0 à 6 ans, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer, trois années après le démarrage et développer les capacités d'intervention des soins de santé primaire afin d'assurer la phase d'entretien.

A la phase initiale, l'opération "coup de balai" engageant des équipes mobiles dans tout le pays, a permis une implantation rapide du PEV le long de toute la pyramide sanitaire. Ceci se manifeste jusqu'au niveau arrondissement par la présence d'une chaîne de froid, la disponibilité des vaccins et du matériel de vaccination (seringues, bouilloires de stérilisation).

La phase d'entretien qui s'en suivait a connu beaucoup moins de succès. Elle était fondée sur le fonctionnement régulier des centres fixes au niveau des centres de santé de cercles et d'arrondissements. A partir de là, une stratégie avancée a été élaborée engageant des aides-soignants qui mènent des campagnes itinérantes de vaccination dans tous les villages et leurs secteurs respectifs. On estime à 45% le taux d'enfants complètement vaccinés (E.C.V.) jusqu'à ce jour. La disparité régionale d'ECV est assez grande comme l'attestent les tableaux ci-dessous (page 32 à 35).

1. Les résultats de l'enquête de couverture vaccinale : janvier 1990

(Méthodes OMS - Sondage aléatoire par grappe)

- Population totale du pays = 8 254 278 hbts
- Taux de couverture en pourcentage (%)

Vaccins	Enfants 12-23 mois	Enfants 24-71 mois	Femmes 14-45 ans
BCG	78	90	
DTC-Polio 1	66	81	
DTC-Polio 2	48	66	
DTC-Polio 3	29	48	
Rougeole	47	76	
CV	22	45	
VAT 1			41
VAT 2			30

Les résultats de l'évaluation de la couverture vaccinale nationale démontrent que :

- les taux de couverture par antigène sont plus élevés dans la tranche d'âge de 2 à 6 ans que chez les plus jeunes enfants de 1 à 2 ans;
- chez les enfants de 2 à 6 ans, les chiffres concernant les vaccins à un passage ainsi que la première dose de DTC-Polio sont au dessus de 75%, la troisième dose de DTC-Polio est de 48%. Ce qui donne un taux d'enfants complètement vaccinés de 45% ;
- le taux de déperdition entre les deux premières doses de DTC-Polio est de 19%, il est de 27% entre la deuxième et la troisième ;



- près de 80% des enfants de un à deux ans ont reçu le BCG, 66% ont reçu une dose de DTC-Polio. Le taux de déperdition de 27% et 40% entre les doses conduisent à une couverture DTC-P3 de 29%, tandis que 47% des enfants ont reçu le vaccin antirougeoleux et que 22% sont complètement vaccinés.

En général, il y a une grande déperdition après le premier passage. L'expérience avec la monodose de BCG incite à encourager le développement des autres vaccins en monodose, pour assurer une meilleure couverture.

## 2. COUVERTURE VACCINALE DANS LES CAPITALES REGIONALES

### - TRANCHE D'AGE 12-23 MOIS

	B.C.G	DTC1P1	DTC2P2	DTC3P3	ROUGEOLE	E.C.V.
KAYES	92%	83%	76%	61%	61%	47%
KOULIKORO	94%		87%	80%	70%	69%
SIKASSO	89%	81%	74%	62%	66%	55%
SEGOU	92%	83%	79%	60%	62%	45%
MOPTI	70%	53%	44%	37%	30%	23%
TOMBOUCTOU	97%	80%	76%	59%	53%	38%
GAO	88%	81%	70%	55%	52%	37%

**- TRANCHE D'AGE 12-17 MOIS**

	B.C.G	DTC1P1	DTC2P2	DTC3P3	ROUGEOLE	E.C.V.
KAYES	84%	77%	69%	53%	43%	34%
KOULIKORO	90%	82%	76%	64%	56%	49%
SIKASSO	85%	76%	70%	56%	55%	44%
SEGOU	85%	74%	68%	52%	43%	32%
MOPTI	64%	47%	43%	31%	22%	17%
TOMBOUCTOU	93%	76%	66%	40%	44%	22%
GAO	80%	72%	61%	46%	38%	26%

**3. COUVERTURE VACCINALE DE BAMAKO**

**- TRANCHE D'AGE 12-23 MOIS**

	B.C.G	DTC1P1	DTC2P2	DTC3P3	ROUGEOLE	E.C.V.
COMMUNE I	95%	83%	77%	58%	62%	47%
COMMUNE II	94%	82%	79%	69%	56%	49%
COMMUNE III	97%	80%	76%	68%	68%	62%
COMMUNE IV	93%	81%	73%	62%	64%	54%
COMMUNE V	93%	77%	69%	53%	54%	43%
COMMUNE VI	92%	74%	67%	55%	62%	51%

**- TRANCHE D'AGE 12-17 MOIS  
(couverture avant l'âge de 1 an)**

	B.C.G	DTC1P1	DTC2P2	DTC3P3	ROUGEOLE	E.C.V.
COMMUNE I	91%	77%	68%	55%	47%	38%
COMMUNE II	91%	79%	74%	66%	50%	42%
COMMUNE III	91%	80%	75%	64%	59%	53%
COMMUNE IV	91%	80%	72%	60%	52%	44%
COMMUNE V	89%	69%	62%	47%	39%	32%
COMMUNE VI	88%	72%	64%	49%	47%	39%

Notre mission sur le terrain nous a permis de détecter les problèmes rencontrés par le PEV. Il s'agit essentiellement de difficultés de gestion financière, d'insuffisance de personnel et de faiblesse de la logistique. Le coût de fonctionnement est trop élevé si l'on doit tenir compte de la couverture géographique, de la tranche d'âge de la population cible et de la faiblesse des infrastructures. La crise du personnel chargé de l'exécution du PEV au niveau régional est certainement la plus patente. On compte seulement un médecin par région détaché pour le PEV (les médecins APPN sont recrutés dans le cadre du projet financé par le PNUD), appuyé dans la stratégie avancée par des aides-soignants (450 au total). Le fonctionnement est mitigé par l'absence de motivation des agents. Les aides-soignants devraient être pris en charge par les comités de développement des cercles, mais dans la réalité, beaucoup ne bénéficient d'aucun salaire. Il y a une tendance plus appropriée d'intégrer le PEV dans les activités de soins de santé primaire. Ainsi, les aides-soignants pour bénéficier d'un statut réglementaire et renforcer le programme national des SSP utilisent des mobylettes qui, après trois années d'usage, devraient leur revenir sans contre-paiement. Les rares véhicules et les mobylettes utilisés dans le PEV souffrent de manque d'entretien, si bien que des fois même si les vaccins sont présents, les moyens pour les transporter à temps opportun manquent.

L'achat des cartes de vaccination devrait générer des fonds pour certaines charges récurrentes, mais jusque là, le recouvrement auprès des populations au niveau national est très aléatoire. Ainsi, les problèmes de gestion du PEV se matérialisent fondamentalement par l'insuffisance de personnel qualifié et le manque de moyens logistiques appropriés. Devant ces contraintes, certaines régions comme celle de Koulikoro ont développé avec l'appui d'ONG, un micro-plan interne utilisant une équipe mobile pour atteindre tous les villages et hameaux de culture distants de plus de 40 km des centres fixes de vaccination.

Ce micro-plan a permis d'augmenter le taux d'ECV à 59% comparé à la moyenne nationale de 45% en 1991. Le financement du programme pose actuellement une inquiétude réelle. Il conviendrait de redéfinir les objectifs du programme, rationaliser la gestion des fonds disponibles, favoriser la vaccination précoce avant l'âge de 2 ans, consolider la collecte des données sur le terrain et les efforts de mobilisation sociale. Il serait souhaitable de renforcer les capacités de gestion du Centre National d'Immunisation (CNI) par l'affectation ou la formation de gestionnaires de la santé.

Il faut noter que l'apport financier des bailleurs pour le PEV a été très substantiel. Parmi eux on compte l'UNICEF, l'OMS, le PNUD, le FNUAP, les ONGs européennes et américaines. Un Fond National d'Immunisation a été créé a pu collecter depuis le lancement du PEV près de 100.000.000 F CFA obtenus par la vente des cartes.

Le rééchelonnement de l'aide extérieur ajouté à l'effort des populations pourrait résoudre les problèmes de fonctionnement du PEV à condition de tenir compte des résultats des différentes évaluations du programme réalisées par l'OMS, l'UNICEF et le PNUD.

Les ONGs pour la plupart préfèrent gérer directement les activités de vaccination sur le terrain, en collaboration avec les directions régionales de la santé.

En attendant la révision des objectifs du PEV, une intervention d'urgence s'impose sur le terrain pour améliorer l'état de la logistique (véhicules, mobylettes) de la chaîne de froid, solutionner la prise en charge des agents de la stratégie avancée, et des charges récurrentes liées au fonctionnement.

#### **3.2.4. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

La coordination des activités du Programme National de lutte contre le SIDA est assurée par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales appuyé par l'OMS à travers son programme GPA. Devant l'expansion rapide de l'épidémie du SIDA, l'OMS avait lancé un appel à toutes les nations du globe pour s'unir dans la lutte contre ce fléau mondial. Le Mali a répondu favorablement à cet appel et a élaboré un Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) en deux phases, à court et à moyen termes. Le Programme à court terme (PCT) allant de 1987 à 1988 avait pour objectif fondamental de collecter des données épidémiologiques de base de l'infection au VIH et le SIDA sur toute l'étendue du territoire. Le Programme à moyen terme (PMT) mieux élaboré se proposait d'améliorer le recueil des données épidémiologiques, de contrôler les trois modes essentiels de transmission du virus et de créer des

conditions de prise en charge des victimes séropositives et les malades du SIDA. Les objectifs du PMT sont les suivants :

- assurer la surveillance épidémiologique et consolider les données par la mise en place d'une surveillance sentinelle ;
- réduire la transmission sexuelle à travers les actions d'éducation adressées à des groupes cibles et les changements d'attitude et de comportement dans la population générale ;
- réduire la transmission par le sang, par la transfusion exclusive de sang testé, des instruments chirurgicaux et la limitation des indications de transfusion ;
- assurer la prise en charge des séropositifs et des malades de SIDA incluant la gratuité des soins hospitaliers, le "counselling" et la préservation de leur l'environnement social et professionnel ;
- prévenir la transmission verticale de la mère à l'enfant en insérant ce volet dans les activités SMI/PF.

Pour mieux comprendre les conditions de la transmission du virus au Mali, deux autres objectifs ont été énumérés :

- développer la recherche sur les déterminants socio-culturels du SIDA spécifiques au pays et leur utilisation dans la prévention de l'infection à VIH ;
- améliorer la formation des professionnels de la santé et encourager leur participation active dans la lutte contre le SIDA.

Le coût total du programme avait été évalué à près de 9 millions de dollars US.

Depuis le début, on constate une évolution et une implantation très lentes des activités, dues à une mauvaise coordination et à des contraintes budgétaires. La situation épidémiologique du SIDA au Mali constitue une préoccupation majeure. Les données sont fragmentaires et ne couvrent que la ville de Bamako qui possède des structures de test (Centre National de Transfusion Sanguine,

INRSP). Les cas déclarés sont sous-estimés par rapport au reste du pays qui ne dispose d'aucun moyen de détection du SIDA. Même si les chiffres absolus des cas de SIDA déclarés sont encore faibles, la tendance épidémiologique est très alarmante.

CAS DE SIDA	1	5	23	99	106	242	338
ANNEE	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991

La courbe exponentielle ainsi dessinée reflète la gravité de la situation du SIDA dans les hôpitaux nationaux et le caractère galopant de l'épidémie. Si des mesures vigoureuses ne sont pas prises, le Mali risque, dans moins d'une décennie, de devenir un pays de forte prévalence du SIDA avec toutes les implications sociales et économiques.

L'analyse de la situation fait ressortir que les handicaps de relance du programme sont liés à l'incapacité de mobilisation des ressources humaines concernées par la prévention et la surveillance épidémiologique. Il s'agit des médias, radio, télévision, presse écrite, du personnel socio-sanitaire qualifié de haut niveau. L'hésitation des bailleurs de fonds rend la mobilisation des ressources financières externes difficile, surtout en présence d'une coordination peu poignante. Les obstacles sont d'ordre politique et organisationnel. Au plan politique et décisionnel, le SIDA ne bénéficie pas encore d'une attention particulière des organes centraux du pays.

Depuis sa création, le programme national de lutte contre le SIDA a été évalué une seule fois en 1991 par une équipe dirigée par l'OMS. Le Comité National connaît d'énormes problèmes de compétence et d'engagement du personnel. Le conseil scientifique et ses différentes commissions techniques sont totalement paralysés. Malgré l'assistance permanente des experts de l'OMS, la supervision reste très faible.

### 3.2.5. LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

La lutte contre les grandes endémies comme l'onchocercose, la lèpre, la trypanosomiase, la dracunculose, le paludisme, la schistosomiase bénéficient pour la plupart de financements octroyés par des partenaires étrangers ou des organismes internationaux. Les problèmes posés sur le terrain sont relatifs à la collecte des données et l'élaboration de campagnes cohérentes de lutte. L'OMS participe activement à l'exécution du programme national contre l'onchocercose dans tous les volets de control des vecteurs, traitement, sensibilisation et prévention. D'autres bailleurs comme le PNUD, l'UNICEF, soutiennent les programmes de lutte contre la dracunculose. L'OCCGE et l'Association Raoul Follereau sont présentes dans toute la sous-région et s'occupent des enquêtes, de

la recherche, du traitement et de la prévention de la trypanosomiase et de la lèpre. La lutte contre les schistosomiasés (Mansoni, Halmatobium et intercalum) est supporté par la GTZ depuis près de 10 ans, en collaboration avec l'Institut National de Recherche en Santé Publique. Elle s'occupe des volets d'éradication des vecteurs (mollusques, larves) de traitement et de sensibilisation dans les régions à forte endémicité comme Mopti (pays dogon), Ségou (barrage de Markala) et Sikasso (barrage de Sélingué).

La réduction de la morbidité et de la mortalité liées à ces pathologies sera fortement tributaire de la participation des populations et des moyens d'information, d'éducation et de communication affectés aux programmes. Il faut souligner par ailleurs la nécessité d'intégration de tous ces programmes qui pour l'instant agissent verticalement, isolés les uns des autres et très souvent manquant de flexibilité.

Les autres programmes nationaux comme la lutte contre le SIDA, les maladies diarrhéiques, le PEV n'ont pas échappé aux mêmes erreurs de gestion.

### 3.2.6. APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS

En 1980, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, devant les difficultés de gestion des stocks de médicaments et d'approvisionnement des services de santé, avait décidé d'entreprendre une réforme pharmaceutique. Cette réforme s'était fixé comme objectif de rendre le médicament accessible financièrement et disponible géographiquement sur toute l'étendue du pays. Une gamme de médicaments essentiels et vitaux a été proposée pour répondre aux exigences de la thérapeutique de base. A cet effet, des financements avaient été accordés par la Banque Mondiale, le Fonds Européen de Développement et l'Organisation Mondiale de la Santé. Les médicaments étaient achetés par appel d'offre et en partie au niveau de l'Usine malienne des produits pharmaceutiques (UMPP). Cette dernière bénéficiait d'une marge de 15% en hausse par rapport aux fournisseurs étrangers. La Pharmacie populaire du Mali (PPM) était la seule institution étatique ayant le monopole de l'importation et de la distribution des médicaments. Le réseau de distribution était composée d'une chaîne d'officines et de dépôts répartis à travers tout le pays. Les hopitaux nationaux et les centres de santé régionaux étaient fournis à partir du circuit du Ministère de la Santé. Les insuffisances de ce système d'approvisionnement ont conduit à des ruptures de stocks et à une incapacité de contrôle des prix. Les prix imposés par la PPM dans les officines sont devenus trop coûteux par rapport aux revenus des populations. Les médicaments vendus en DCI plutôt rares. Selon les nouveaux textes, ce monopole de la PPM est théoriquement levé depuis 1990, pour faciliter la politique des

médicaments essentiels.

Devant cette situation, certaines régions dans leurs plans internes de développement, ont fait appel à des partenaires étrangers qui, dans la création des structures de soins de santé primaire, ont introduit les médicaments en DCI, directement importés sans passer par la PPM. Ces expériences ont fait leurs preuves à Djenné appuyé par le FENU, à Niono avec SNV hollandais, à Tombouctou et Gao dans le cadre des magasins santé soutenus par le FED/UNICEF. La disponibilité des médicaments dans ces centres a confirmé que les populations sont prêtes à s'investir pour la réussite des SSP tant que le médicament est disponible et accessible financièrement. Certains centres de santé sont jusqu'à présent obligés de gérer des médicaments provenant d'au moins 3 sources : le ministère, la PPM et les partenaires.

### 3.2.7. HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

Depuis le lancement en 1981 de la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, des efforts considérables ont été fournis pour approvisionner les populations en eau saine. Plusieurs centres urbains ont bénéficié de l'installation d'un circuit d'alimentation en eau potable et des centaines de puits ont été creusés dans le cadre des projets de l'hydraulique rurale (12.000 puits d'eau en 1990 et 26 000 d'ici fin 1995).

En milieu urbain, l'assainissement repose surtout sur le contrôle des normes d'hygiène de construction, l'évacuation des déchets solides de ménage, des eaux usées, des eaux de ruissellement, le contrôle des déchets industriels et des denrées alimentaires.

En milieu rural et dans les zones urbaines pauvres, communément appelées semi-urbaines, on utilise des latrines, sans qu'aucune norme de construction soit imposée. Les déchets hospitaliers sont incinérés sans être au préalable soumis à aucune forme de contrôle ou de sélection. Dans le système d'assainissement, le problème le plus crucial est l'insuffisance numérique de techniciens sanitaires opérant dans le pays, 1 technicien sanitaire pour 79 400 alors que la norme est de 1/5 000. Les quelques rares formés sont submergés par les nombreuses tâches et en général travaillent sans plan systématique. Le Mali ne possède aucun système de transformation ou de récupération des déchets même au niveau de la capitale Bamako. La voirie se contente de ramasser les déchets de ménage et les déverser dans les champs ou dépotoirs.



### 3.2.8. ACTION SOCIALE

Il faut distinguer deux aspects dans la politique sociale au Mali. Le premier est en rapport avec la législation sociale qui tient compte des intérêts du monde du travail et définit les conditions d'emploi et de protection des travailleurs. L'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et l'Office National de la Main-d'Oeuvre et de l'Emploi (ONMOE) sont les deux organes qui sont chargés de toutes les activités d'ordre sanitaire, social et juridique prévues par le code malien du travail. La méthode de gestion de l'INPS offre des avantages certains aux travailleurs et à leurs dépendants durant leur activité et pendant la retraite. Cette expérience mérite une extension à toute la population.

Le deuxième aspect de l'action sociale est fondé sur le développement communautaire. Cette action est menée par la Direction Nationale des Affaires Sociales. Elle comporte plusieurs axes :

- L'assistance-secours qui prend en charge les indigents, les aides d'urgence, les malades sociaux, les sinistrés, les réfugiés et les refoulés.
- Le développement communautaire qui à travers ses techniciens organise les activités de participation communautaire, de promotion de petits projets agro-pastoraux d'encadrement des groupes professionnels du secteur informel, de lutte contre la désertification et enfin l'information, la communication, l'éducation et la sensibilisation.
- La promotion sociale, la réinsertion et l'éducation des handicapés visuels, physiques, mentaux, de la lèpre, etc...
- L'éducation pré-scolaire bénéficie d'un plan de conception clair et ambitieux. Mais les institutions pré-scolaires ont toujours été laissées pour compte aussi bien par l'administration que les organes politiques. Elle devrait bénéficier de moyens propres permettant d'assurer un développement psycho-moteur harmonieux des enfants de 0 à 6 ans. L'encadrement et le suivi efficaces des enfants en âge pré-scolaire en milieu urbain et rural permettra de stimuler le potentiel éducationnel dont le Mali a besoin pour son démarrage économique.

### 3.3. ADMINISTRATION, GESTION, INFORMATION ET SUPERVISION (AGIS)

Le processus gestionnaire pour le développement socio-sanitaire a été initié en 1981 avec la collaboration de l'OMS. Il est défini dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire 1981-1990 qui spécifie les grandes orientations stratégiques à l'échelon national. Au départ, la restructuration du Ministère de la Santé publique et des affaires sociales a conduit en plus du Cabinet, à la création de la Direction Nationale de la Santé publique, l'Institut national de recherche en santé publique, l'Office malien de pharmacie, la Direction nationale des affaires sociales, l'Inspection de la Santé et des affaires sociales, la Direction nationale de la planification sanitaire et de la formation, la Direction nationale de l'hygiène publique et de l'assainissement. Au niveau des régions, on retrouve la Direction régionale de la santé publique, la direction régionale de l'hygiène publique et la direction régionale des affaires sociales. Depuis le 26 mars 1991, ces services sont intégrés au niveau régional en service socio-sanitaire régional et de cercle. Bientôt une direction nationale de la promotion féminine sera mise en place.

Le Mali est confronté à d'énormes difficultés pour la réalisation de ce plan. Les ajustements structurels, l'insuffisance des ressources financières et humaines ont fait que les objectifs fixés au départ n'ont pas été atteints. Ceci impose des révisions de parcours et l'élaboration de plans, programmes et budgets régionaux et dans certains cas, des micro-plans au niveau des cercles. Cette méthode opérationnelle a permis une meilleure organisation de la collecte des données sur le terrain et l'implication des conseils et comités de gestion nationaux et régionaux dans le processus gestionnaire du développement sanitaire.

Les ressources affectées au secteur socio-sanitaire proviennent de plusieurs sources, à savoir : le budget de l'Etat, la participation des populations et les financements accordés par les partenaires bilatéraux (France, USAID, RFA, Arabie Saoudite) et multilatéraux (OMS, UNICEF, FED, Banque Mondiale, PNUD, etc...). Le budget de l'Etat au cours de cette décennie, même si en chiffre absolu il a augmenté de 3 642 245 000 FCFA en 1981 à 5 495 583 000 FCFA en 1988, sa participation par rapport aux autres secteurs a nettement diminué de 8,55% en 1981 à 3,71 % en 1988 en terme relatif.

Les communautés participent directement à la prise en charge de leurs soins de santé par la création de structures physiques, le prélèvement de 7 % sur les taxes de développement et le recouvrement des coûts des actes médicaux. La politique de décentralisation du secteur sanitaire accorde de plus en plus aux régions une autonomie dans la définition de leurs priorités. Ainsi plusieurs régions ont élaboré leurs propres plans quinquennaux

(exemples : Mopti, Sikasso, Koulikoro) et ont développé des objectifs, des stratégies et identifié les moyens financiers internes et externes pour leur réalisation.

En dehors des fonctionnaires de l'Etat et des travailleurs du secteur privé affiliés à l'INPS, il n'existe pas de système d'assurance maladie au Mali. Plusieurs couches sociales bénéficient de la gratuité des soins dans les hôpitaux, les dispensaires et les maternités, ce sont les militaires, les jeunes de moins de 12 ans, les étudiants, les retraités, les indigents, les malades atteints de maladies sociales comme la tuberculose et le cancer. L'insuffisance des crédits de fonctionnement, d'investissement et d'entretien des structures et équipements a contribué à une dégradation de la qualité des prestations de soins. Ce qui entraîne une frustration du personnel médical et de la population. Le système actuel de gestion de la santé est en contradiction flagrante avec les objectifs de la politique nationale de décentralisation.

Le système de recouvrement des coûts des actes, des consultations et des médicaments mis en place dans certains cercles comme Djénne a démontré que la gestion saine de l'approche de prise en charge communautaire constitue la solution durable et satisfaisante. Dans ce cas précis, les populations se sentent concernées et adhèrent au maintien de l'amélioration de leur santé dans une transparence totale. L'effort des populations ne pourra être rentabilisé qu'au cas où un investissement préalable dans l'implantation des structures, l'équipement et les médicaments essentiels a été réalisé par l'Etat ou les partenaires au développement. Faudrait-il encore que le personnel soit formé, supervisé et motivé pour assurer un fonctionnement normal des structures.

## **4. SOINS DE SANTE PRIMAIRE ET INITIATIVE DE BAMAKO**

### **4.1. DEFINITION**

Le développement sanitaire en République du Mali est soutenu par le concept de soins de santé primaire adopté par la conférence de Alma Ata en 1978 de la santé pour tous.

La politique de soins de santé primaire vise 4 objectifs fondamentaux qui sont:

- évolution de la pyramide sanitaire à partir d'un niveau opérationnel que constitue le cercle (centre de santé de cercle) ;
- assurer la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments essentiels ;
- mobiliser les communautés afin qu'elles participent et assurent leur propre santé ;
- mobiliser les ressources nécessaires au financement du système de santé (Etat, communautés et partenaires).

Malgré l'engagement pris par le Gouvernement du Mali en 1978 et toutes les mesures déployées en 1981 pour l'implantation de la politique des SSP, on constate encore de grandes lacunes dans son application. Les ressources humaines et financières, les moyens logistiques et les structures de base, l'évaluation et la supervision font toujours défaut. Par exemple, la région de Koulikoro a fait un bon départ. Quatre écoles de formation des agents de santé communautaire avaient été créées avec des effectifs très importants. De retour dans leurs villages respectifs, ces agents ne trouvent aucune forme d'organisation communautaire qui pouvait les prendre en charge et ils finissent par se décourager et abandonnent leurs activités. Les dépôts de médicaments gérés par les agents communautaires sont tombés en désuétude par manque de supervision et de renouvellement de stocks. Les seuls exemples de stratégie de SSP qui ont survécu sont ceux soutenus en permanence par des ONG. Cela pose un diagnostic sérieux de l'état de conscience, d'adhésion et de sensibilisation des populations en général à la politique des SSP. L'Initiative de Bamako (IB) décidée en 1988 répond à cette préoccupation au plan continental.

Ainsi le Directeur exécutif de l'UNICEF et le Directeur général de l'OMS ont soutenu les Etats africains pour cette initiative heureuse et se sont engagés pour mobiliser les ressources nécessaires pour son application.

Au Mali, les efforts fournis pour l'implantation et la réalisation des objectifs de l'Initiative de Bamako (IB) sont encore très timides. Les tentatives de création de pharmacies mettant à la disposition des populations des médicaments essentiels sont limitées aux hopitaux nationaux. Les centres de santé des communes du district de Bamako et de cercle que nous avons visités jusque là ne sont pas engagés de façon systématique dans le processus gestionnaire de l'IB.

Dans ce paragraphe, nous abordons les SSP en tant que structure organisationnelle de la politique sanitaire et faisons l'articulation avec l'Initiative de Bamako (IB) qui en constitue la cheville ouvrière.

L'historique des soins de santé primaire en République du Mali remonte à 1964, donc bien avant Alma Ata. Le premier séminaire national des travailleurs de la santé en 1964 avait le plan de développement sanitaire proposé par le Docteur Dolo Sominé et qui était fondé sur le principe de soins de santé de base. Ce plan présentait des objectifs et des stratégies pour assurer une couverture sanitaire universelle gratuite à toutes les couches de la population malienne. Depuis la pyramide sanitaire qui soutendait cette politique nationale n'a pas subi de changements majeurs en profondeur.

Le deuxième séminaire national des travailleurs de la santé publique et des affaires sociales avait adopté le concept des soins de santé primaire défini en 1978 par la conférence d'Alma Ata. Depuis lors, tous les axes de développement sanitaire au niveau régional et national sont orientés vers la politique des SSP. Le 3 février 1981, la loi n°81-15/AN-RM a été promulguée institutionnalisant la charte de développement sanitaire pour la région africaine de l'OMS. C'est ainsi que des mesures institutionnelles et structurelles seront déployées pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Un plan de développement socio-sanitaire du Mali 1981-1990 a été élaboré ayant comme fils conducteurs les stratégies des soins de santé primaire.

Pour la première fois les actions de santé seront décentralisées et adaptées aux réalités et besoins des différentes régions du pays.

Ces mesures respectent le principe de la décentralisation et de l'auto-gestion à la base. La carte sanitaire aura désormais une orientation populationniste, c'est-à-dire orientée vers les aires de concentration des populations. Ces dernières pourront bénéficier de la construction de centres de santé communautaires où elles participeront directement à leur gestion. Malgré l'engagement pris par le gouvernement du Mali en 1978 et les efforts financiers consentis depuis 1981, la politique des SSP n'a pas pu s'enraciner. La preuve de cet échec est consacrée par le projet de développement sanitaire Kita/Bafoulabé/Kéniéba (PDS 1). On continue de constater de grandes lacunes dans son application. Les ressources humaines, financières et matérielles sont très insuffisantes pour faire fonctionner les structures et maintenir la logistique.

L'absence d'évaluation, de supervision et de collecte de données fiables freine toute velléité de programmation rationnelle. Un bon exemple est illustré par la région de Koulikoro, où quatre écoles de formation d'agents de santé communautaire avaient été créées avec des effectifs importants. De retour dans leurs villages respectifs, ces agents ne trouvent aucune forme d'organisation communautaire qui pouvait les prendre en charge. Sans motivation, ils finissent par se décourager et abandonnent leur mission au profit d'activités de survie. Les dépôts de médicaments gérés par les agents communautaires sont tombés en désuétude par manque de supervision et de renouvellement de stocks. Les seuls exemples de stratégies de SSP qui ont survécu sont soutenus en permanence par des ONG (GTZ, Hollande à Mopti et Ségou, le FED à Tombouctou et Gao, Suisse à Sikasso).

Ceci pose le diagnostic sérieux de l'état d'engagement, d'adhésion et de participation des populations en général à la politique des SSP. En perspective il convient d'envisager une approche globale de la planification par cercle intégrant tous les volets des SSP et impliquant la population. Le système de recouvrement bénéficie d'une acceptation de plus en plus large des populations. Dans les zones d'intervention des ONG dans les SSP, l'accessibilité aux médicaments a été un facteur d'émulation et d'adhésion au processus de recouvrement des coûts. Mais dans l'ensemble, les actions restent limitées à des foyers d'expérimentation. Dans les régions du Nord et du Sahel, le recouvrement n'existe pratiquement pas. Le système de recouvrement nécessite une approche plus systématique. Il convient de renforcer la responsabilité des populations à la gestion des structures de santé. Ils doivent être les premiers responsables et les agents de santé doivent servir de conseillers et les assister dans les prises de décision.

## 4.2. LES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Pour répondre à la demande des populations en médicaments essentiels, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales avait entrepris en 1982 une réforme pharmaceutique. Une étude du système pharmaceutique national avait été financée par le FED, l'USAID et la Banque Mondiale qui a fait ressortir un manque de coordination entre les différentes structures pharmaceutiques du pays. Il concerne les deux sociétés d'Etat : la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP) sous la tutelle du Ministère des Sociétés et Entreprises d'Etat et l'Office Malien de Pharmacie (OMP) contrôlé par le Ministère de la Santé. Par ailleurs, les moyens de diagnostic peu fiables des structures sanitaires ne permettaient l'établissement d'ordonnances cohérentes. Il n'existait aucune réglementation des prescriptions. La législation pharmaceutique copiée de textes français était inadaptée aux conditions du pays. En 1983, le dossier de mise en œuvre de la Réforme Pharmaceutique Nationale proposait un regroupement des structures existantes et la création d'un ensemble avec 3 nouvelles structures d'activités dirigées par une Direction Nationale de la Pharmacie et du médicament au Ministère de la Santé.

Il s'agit de :

1. la structure d'importation et de distribution sur toute l'étendue du Mali qui sera confiée à la PPM ;
2. la structure de recherche et de production dirigée par l'OMP ;
3. la structure de contrôle d'inspection, de planification et de coordination des activités pharmaceutiques.

Pour démarrer la réforme, la Banque Mondiale avait mis 2 millions de dollars US à la disposition de la PPM pour l'achat de médicaments essentiels par appel d'offre international. La PPM était assistée d'un bureau de consultant (Bossard - Consultant France) pour la gestion des produits. Les médicaments essentiels étaient exonérés de tous taxes et impôts pour assurer leur accessibilité financière aux populations. Les recettes de la vente devaient être versées dans un compte spécial qui permettra le renouvellement des stocks. Malheureusement, la contrepartie de l'Etat et de la PPM n'étant pas libérée, la quantité de médicaments essentiels introduits ne satisfaisait même pas les points test du District de Bamako et de la zone KBK. Malgré son chiffre d'affaire de 7 milliards de F CFA à l'époque, la PPM n'a accepté la vente des médicaments essentiels (ME) que dans 6 des 29 officines d'Etat de Bamako. Tous les autres ME ont été l'objet d'une véritable

spéculation qui entraîna une dépletion rapide du stock. L'échec de cette première tentative de mise en oeuvre de la politique des ME était rendu possible par la non participation active de la PPM et le manque de vigilance du Ministère de la Santé.

Le deuxième appel d'offre mettait en concurrence les fournisseurs étrangers et l'UMPP. Cette dernière bénéficiait d'une marge de 15 % en hausse par rapport aux fournisseurs étrangers sous prétexte de stimuler la production nationale. La PPM restait toujours la seule institution étatique ayant le monopole de l'importation et de la distribution des médicaments. Le réseau de distribution était composé d'une chaîne d'officines et de dépôts répartis dans toutes les régions du pays. Les hôpitaux publics et les centres de santé des cercles étaient fournis en médicaments par le circuit de l'OMP rattaché au Ministère de la Santé. Les insuffisances du système d'approvisionnement ont vite conduit à des ruptures de stock et à une incapacité de contrôle des prix. Les prix des médicaments vendus en spécialité par la PPM sont devenus trop coûteux par rapport aux revenus des populations et ceux vendus en DCI de plus en plus rares. Selon les nouveaux textes en vigueur depuis 1990 sur la libéralisation des professions médicales et pharmaceutiques, le monopole de la PPM est théoriquement levé, pour favoriser la politique des médicaments essentiels.

La présence du médicament s'est avérée un élément mobilisateur pour une plus grande utilisation des structures de santé. Certaines régions, dans l'exécution de leurs plans de développement sanitaires, sont assistés par des partenaires étrangers pour l'importation des ME sans passer par la PPM. Ces expériences ont fait leurs preuves à Djénné avec le FENU, à Niono avec le SNV-Hollande, à Tombouctou et Gao avec le FED/UNICEF. Dans l'ensemble, les centres de santé sont obligés de médicaments venant de 3 sources : la PPM, l'OMP et les partenaires au développement. Cette situation est évidemment de nature à compliquer la gestion des stocks et à encourager la fraude et la pénurie des médicaments.

#### 4.3. L'INITIATIVE DE BAMAKO

Le Mali, conscient des insuffisances de sa politique de soins de santé primaire, a signé à l'instar d'autres pays africains, la résolution AFR/RC/33/R6 créant l'Initiative de Bamako avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF. Cette initiative a pour but d'accélérer l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000 par un scénario en trois phases. Elle repose sur un mécanisme d'auto-financement des activités de SSP au niveau opérationnel et consiste à :

1. Encourager les initiatives de mobilisation sociale pour la participation de la communauté dans les politiques de médicaments essentiels et de la santé de la mère et de l'enfant au niveau des districts.



2. Assurer l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité, au prix le plus bas, afin d'appuyer la mise en oeuvre des SSP.
3. Définir et mettre en oeuvre le mécanisme d'auto-financement des SSP au niveau du district en utilisant notamment les dotations en médicaments essentiels comme fonds de roulement.

En d'autres termes l'Initiative de Bamako s'était fixé comme objectif global de promouvoir la politique sociale du médicament dont le bénéfice serait mobilisé pour les actions en faveur de la mère et de l'enfant.

Le programme national de l'IB a prévu une limitation de la liste des ME à 60 et a identifié les zones de test du pays. La rencontre des bailleurs de fonds sous l'égide de l'UNICEF devrait permettre la mise en place d'un fonds de départ servant à :

- sensibiliser des populations et promouvoir la participation communautaire;
- l'achat de ME dont les spécialités correspondantes devraient être exclues de la nomenclature des médicaments commercialisés au Mali par la PPM;
- l'équipement et l'aménagement de magasins de stockage dans toutes les régions du pays.

La libéralisation de ce fonds requiert l'acceptation de certaines conditions définissant les engagements de l'Etat et de la PPM dans la mise en oeuvre de l'IB, à savoir la libéralisation du prix des médicaments, la levée du monopole de l'importation des produits pharmaceutiques jusque là détenu par la PPM, la révision et l'assouplissement des textes sur la privatisation des professions médicales en vue de faciliter leur accès aux jeunes diplômés. A cet effet, un contrat-plan d'une durée de trois ans renouvelable deux fois a été signé à compter de janvier 1992 définissant les missions de la PPM et les obligations de l'Etat vis-à-vis d'elle pour assurer un fonctionnement harmonieux de la réforme pharmaceutique.

Un cadre général de fonctionnement de la PPM a été établi, faisant d'elle l'instrument privilégié de la politique pharmaceutique du Mali. La PPM est chargée par l'Etat d'une mission principale de service public d'approvisionnement, de stockage et de

distribution des médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire de la République du Mali. Ceci a pour objectif fondamental de rendre accessibles les ME sur tout le territoire à un prix compatible avec le pouvoir d'achat des populations et en particulier celles qui sont les plus démunies. La PPM doit préciser les conditions d'achat et de cession des ME et fournir des statistiques de consommation.

La tarification est dotée d'un coefficient de 1,95 sur la valeur CAF pour les médicaments commercialisés. Ce qui permettra à la PPM de les céder avec une marge bénéficiaire de 29 % pour les officines et de 23 % pour les formations de santé.

L'Etat doit créer toutes les conditions juridiques et logistiques pour permettre à la PPM d'assurer correctement sa mission et d'améliorer la gestion des approvisionnements et des stocks. Le programme de restructuration de la PPM qu'exige le contrat-plan de l'IB est évalué à 877 millions de FCFA, soit à peu près 3 millions de dollars USA.

Parmi les handicapés à la réussite de cette restructuration, on peut citer la résistance des prescripteurs pour les médicaments en DCI, l'absence de statistiques de consommation et de législation régularisant la prescription, l'effectif pléthorique qu'il faut réduire et la fraude.

Depuis la création de l'IB en 1987, les efforts déployés pour son implantation ont été très timides. Les tentatives de création de pharmacies pilotes étaient limitées seulement aux 3 hôpitaux nationaux de Bamako et 11 dépôts communautaires de la région de Kayes. Les centres de santé des communes et de cercles ne sont pas pour l'instant concernés.

#### 4.4. PROJET SANTE, POPULATION, HYDRAULIQUE RURALE (PSPHR)

Le PSPHR s'étend de la période du 3 mai 1991 au 31 décembre 1997. Il est évalué à un coût total de 64,4 millions de dollars US. Ce financement sera supporté par l'IDA : 26,6 , le FED : 12,3, l'USAID : 10,1, l'Allemagne : 6,2, l'UNICEF : 3, le FAC : 1,7, le budget d'Etat : 1,7 et les communautés locales : 2,8 millions de dollars. Il couvrira le district de Bamako et 4 régions (Mopti, Ségou, Koulikoro et Kayes).

Le projet a pour objectifs généraux :

- d'améliorer la santé et le bien-être de la population du Mali et son accès aux services de santé ;

- d'appliquer la politique de population du Mali ;
- d'améliorer l'accès à l'eau potable pour les communautés rurales de l'Etat.

L'élaboration des différentes composantes du projet tient compte des données de morbidité et de mortalité très élevées du pays, des carences nutritionnelles, de la faible couverture sanitaire, de la mauvaise qualité des soins dispensés, de la vétusté des structures et de l'insuffisance de la gestion des services socio-sanitaires.

Au plan politique, ce projet matérialise la déclaration de politique sectorielle socio-sanitaire signée le 15 décembre 1990 pour le Gouvernement du Mali. Les objectifs spécifiques sont au nombre de 5 :

1. Etendre la couverture sanitaire en soins de qualité à toute la population du district de Bamako et de 4 régions (sur 8) notamment Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti.
2. Améliorer la gestion du système dans les régions, au niveau des cercles et des communes de la zone d'application dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique de décentralisation.
3. Mettre en place et développer les mécanismes de participation complémentaires entre l'Etat, les collectivités, les ONG et les individus pour la prise en charge de l'action sanitaire et sociale décentralisée.
4. Contribuer à mettre en oeuvre la politique nationale en matière de population par le remplacement des activités intégrées de santé maternelle et infantile, de planification familiale et de nutrition, la promotion des activités novatrices et éducatives par l'appui aux petits projets initiés par les groupes de jeunes et de femmes.
5. Contribuer à diminuer la prévalence des maladies liées à l'utilisation et à la consommation d'eau souillée par la mise en état des anciennes pompes, la réalisation de nouveaux forages et l'organisation de la prise en charge locale des points d'eau potable par les communautés villageoises.

## **A. COMPOSANTE SANTE**

Elle est axée sur le développement des soins de santé primaire, l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé de base et de référence, la mise en place d'équipes de santé et d'organes communautaires pour gérer le système de santé de cercle. Le programme de développement sanitaire sera décentralisé en faveur des centres de santé de cercle et des centres de santé d'arrondissement sélectionnés dans les zones d'intervention du projet. Pour ce faire, il est prévu la réhabilitation des installations de centres de santé de cercle et centres de santé d'arrondissement urbains existants, la construction des installations nécessaires pour des centres de santé communautaires ruraux, l'achat de matériel d'information, d'éducation et de communication, l'achat de médicaments et de matériel et la formation du personnel, pour améliorer la couverture et la qualité des soins des services de soins de santé primaire, de santé secondaire et pour renforcer la gestion de la santé au niveau du cercle et au niveau régional.

L'efficacité des directions sera améliorée par l'achat de matériel, de véhicules, de fournitures et un programme d'assistance technique et par le renforcement des capacités de recherche et d'évaluation des services de santé.

## **B. COMPOSANTE POPULATION**

La croissance démographique rapide entraîne inéluctablement des effets socio-économiques néfastes si des mesures de pondération ne sont pas prises à temps. Le projet assurera un soutien institutionnel de la mise en oeuvre de la politique nationale de population et de planning familial. Il faut souligner que le Mali, depuis la conférence de Mexico sur la population en 1983, a intégré la composante population dans le processus de planification nationale à travers le GECAPOP (Groupe d'Etude et de Coordination des Activités en matière de Population) au niveau du Ministère du Plan.

Les objectifs de cette politique se résument à :

- diminuer le taux de fécondité de 6,8 à 4% en augmentant le taux de prévalence d'utilisation des contraceptifs de 1 à 43% d'ici l'an 2000 ;
- réaliser les objectifs de la santé de la mère et de l'enfant et de renforcer les structures de l'AMPPF ;

- définir et mettre en oeuvre une stratégie d'immigration et d'émigration ;
- améliorer la sécurité alimentaire ;
- protéger l'environnement ;
- promouvoir le développement des ressources humaines et notamment celles féminines ;
- promouvoir l'éducation pour la famille et la santé dans le système scolaire ;
- établir un fonds pour le financement de la mise en oeuvre d'une politique de la population.

### C. COMPOSANTE HYDRAULIQUE RURALE

Elle vise d'une part à améliorer l'accessibilité à l'eau potable en qualité et quantité suffisantes et d'autre part réduire la carence en iode. Son exécution tient compte des objectifs suivants :

- soutenir la capacité institutionnelle de l'Etat, à promouvoir la participation financière et technique des villageois à des activités d'investissement et d'entretien ;
- améliorer l'hydraulique rurale dans les régions de Mopti, Kayes, Koulikoro et Ségou en construisant environ 300 nouveaux points d'eau et en remettant en état environ 500 points d'eau existants ;
- réduire la carence en iode dans les régions de Mopti, Kayes, Koulikoro et Ségou grâce à la fourniture, l'installation et l'évaluation de modules d'iodé dans quelque 1500 points d'eau nouveaux existants.

La lutte contre les troubles dus à la carence iodée (TDCI) sera prise en compte dans l'organisation et l'exécution des soins intégrés dans les formations socio-sanitaires.

## **5. FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE**

D'une manière générale, on peut distinguer les sources de financement internes et externes du secteur de la santé.

Le financement interne est assuré par l'Etat, les collectivités et le secteur privé à travers l'INPS et les opérations de développement. Il s'agit essentiellement :

- Budget d'Etat national et régional ;
- Fonds de développement régional et local ;
- Organismes publics et opérations de développement : INPS, CMDT, Armée, etc ;
- Apports des collectivités communales ;
- Apports des ménages et des recouvrements des coûts.

Le financement externe est assuré par les partenaires au développement sous forme de prêts ou de dons :

- Financement des bailleurs extérieurs à travers la coopération bilatérale ou multilatérale ;
- Apports des ONG et associations.

### **5.1. FINANCEMENT PAR LE BUDGET D'ETAT**

La participation du budget d'Etat au financement du secteur de la santé est demeurée très basse pendant plusieurs années. Le budget de la santé a connu au cours des dix années une véritable stagnation. Malgré l'augmentation des dépenses de l'Etat dans d'autres secteurs, les allocations au profit de la santé quant à elles n'ont pas connu une grande variation.

Le budget de la santé a gardé la même proportion en valeur réelle et le taux a relativement baissé pendant le même temps. Le niveau périphérique, conformément à l'esprit de la politique de

décentralisation, était supposé avoir une participation plus importante dans les dépenses de santé. La répartition des ressources entre les régions est fonction du degré de couverture en structures en plateau technique et en personnel. L'analyse de la répartition de ces ressources entre le niveau national et le niveau régional fait ressortir une très grande inégalité au détriment des régions.

#### EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE

ANNEE	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
% BUDGET D'ETAT	8,55	8,83	8,92	8,49	10,62	7,68	5,10	3,71	4,89
	1990	1991							
	4,18	7,3							

Le pourcentage sera relativement élevé à 8% et au delà à partir de 1991 pour respecter les engagements pris par le Mali surtout dans le cadre du projet santé, population et hydraulique rurale (PSPHR) signé avec la Banque Mondiale.

On peut dire que le budget de la santé est surtout consacré pour couvrir les charges de personnel. Les salaires des 6000 fonctionnaires représentent 66,4 % du budget pendant que les dépenses de fonctionnement non salariales sont estimées à 24,3%. Ces dernières concernent surtout l'alimentation dans les hôpitaux, le matériel de bureau et les médicaments.

Les charges communes sont liées aux subventions accordées par l'Etat pour les secours d'urgence, les missions, les bourses scolaires, les appuis à certaines associations d'intérêt public comme l'Union Malienne des Aveugles (UMAV), la Coopérative des Femmes du Mali (COFEM), la Croix Rouge Malienne et aux instituts (INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique).

Le financement des infrastructures et des équipements sanitaires est essentiellement assuré par les fonds d'origine extérieure, des ONG et des apports des collectivités. Selon les estimations de la Banque Mondiale, le montant total des dépenses consenties au secteur de la santé en 1989 s'élevaient à 13,6 milliards de francs CFA soit 53,7 millions de dollars US, assurées à 36% par l'Etat, 44% par le secteur privé (en achat de médicaments) et 20% par l'extérieur.

Depuis 1988, le Gouvernement, soucieux de corriger les disproportions entre les différentes charges et d'orienter les

dépenses vers le développement, a initié l'adoption du budget spécial d'investissement (BSI). Ce budget prend en compte tous les projets et programmes de développement socio-sanitaires répertoriés par le Ministère du Plan en rapport avec le Ministère de l'Economie et des Finances et le Département de la santé. La gestion et le suivi du BSI pose des problèmes liés surtout aux insuffisances de coordination, de supervision et de communication des informations et retro informations sur les situations financières des projets. Les observations du Ministère du Plan à travers les Instructions n°2 et n°3 sont assez édifiantes sur ce sujet. Il en ressort que les DAF (Divisions administratives et financières) mandatées par le Conseil Supérieur du Plan n'ont pas pu s'acquitter de leur mission de gestion du BSI.

En définitive, plusieurs solutions peuvent être envisagées pour combler les insuffisances dans le financement du secteur socio-sanitaire comme par exemple :

- la mobilisation de ressources supplémentaires à l'intérieur du secteur sanitaire introduisant une réforme tarifaire des actes médicaux, des actes de laboratoires, de radiologies, etc

- . le contrôle de la gratuité,
- . l'accroissement de la part du budget d'Etat,
- . le recouvrement des coûts et la politique des médicaments essentiels,
- . la gestion rationnelle des ressources financières, humaines et matérielles

- la mobilisation des ressources en dehors du secteur sanitaire :

- . la participation communautaire,
- . le développement de l'exercice privé des professions médicales,
- . la coordination et la rentabilisation des actions des ONG dans le domaine socio-sanitaire,



la gestion saine des programmes et projets élargis au BSI.

La politique de recouvrement des coûts devrait être consolidée sur toute l'étendue du territoire. Les expériences des projets financés par l'IDA, le FED, les ONG et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux sont très encourageantes.

Dans ces zones d'intervention, selon une étude de la Banque Mondiale en 1987, le paiement par les usagers des tarifs de consultation, d'hospitalisation, d'accouchement, d'opération chirurgicale, d'analyses de laboratoire, de médicaments, permet de couvrir toutes les dépenses de fonctionnement et d'augmenter les taux d'utilisation des services surtout quand les médicaments sont disponibles. La participation des populations au financement du secteur socio-sanitaire passe aussi par les apports du FDRL (Fonds de développement régional et local), les apports directs des collectivités communales et des projets de développement.

Les différents COCEPS (Conseil d'Organisation, Conception, Evaluation et Planification Sanitaire) ont recommandé l'appui aux initiatives de base. 7 % des fonds FDRL devraient être systématiquement alloués pour les services de santé régionaux et locaux. Seules les localités ayant rempli cette condition pouvaient prétendre à l'appui des partenaires au développement au plan quinquennal de développement sanitaire décidé par le COCEPS au niveau régional. Depuis l'application de ces mesures en 1985, aucune évaluation de leur impact n'a été faite. Certains organismes publics de sécurité sociale comme l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et de développement comme la CMDT injectent des sommes importantes dans la médecine du travail.

Les collectivités urbaines et rurales de plusieurs localités investissent dans la construction de PMI, dispensaires, garderies et jardins d'enfants. Les ONG et les associations ont une intervention certes importante, mais très désordonnée et désarticulée par rapport aux plans régionaux.

Les conditions de financement imposées par les partenaires bilatéraux et multilatéraux lors des négociations sont très souvent rigides et créent une véritable distorsion dans la mise en oeuvre des plans du département sanitaire. Ce qui explique les difficultés rencontrées dans les structures au plan opérationnel et l'incapacité d'assurer les charges récurrentes dès la fin des projets. Les exemples sont donnés par les centres de santé de la zone du projet KBK (PDS I) et des infrastructures de Tombouctou, Niafunké, Koulikoro, Nara et Kayes.

Le financement par les ménages se fait surtout remarquer dans l'achat des médicaments, la prise en charge des hospitalisations et du transport des malades. Force est de reconnaître que les charges assurées par les ménages sont de plus en plus élevées. La multiplication des cliniques et pharmacies privées atteste du volume important mais jusque-là non quantifié du financement par les ménages.

## **5.2. FINANCEMENT EXTERIEUR**

Le volume du financement extérieur des services de santé est extrêmement important. Dans l'ensemble, on peut considérer qu'il couvre plus du 1/5 des dépenses totales du secteur socio-sanitaire. Il est octroyé à la suite de négociations bilatérales, multilatérales avec les partenaires au développement. Comme il a été signalé plus haut, ce type de financement pose d'énormes problèmes de gestion interne. Une réorganisation du système de financement externe des projets et programmes de santé s'impose avec acuité. Leur adaptation aux capacités de gestion du pays est nécessaire pour créer un véritable impact sur la santé des populations cibles.

# PRINCIPALES SOURCES DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

PRINCIPALES SOURCES	PERIODE	MONTANT EN MILLION \$ US	PROJETS ET PROGRAMMES D'INTERVENTION
Budget d'Etat	1990-1991	36,903	Salaires, fonctionnement, entretien, médicaments
OMS : Organisation Mondiale de la Santé	1990-1991	1,944	GDP = General Program Development HRH = Human Resources Health NPM = National Program Management PHC = Primary Health Care CWS = Country Water Supply EDV = Essential Drugs and Vaccines EPI = Expanded Program of Immunization AIDS= Acquired Immunodeficiency Syndrome Malaria Dracunculosis Onchocercosis Catastrophe
Banque Mondiale (IDA)	1991-1997	26,6	PSPHR = Projet Santé Population Hydraulique Rurale
UNICEF	1990-1991	2,463	SMI = Santé Maternelle et Infantile IB = Initiative de Bamako IPEC EPI = Expanded Program of Immunization
FED	1987-1992	12,292	SIDA Magasins santé 6è et 7è régions  SSP Nioko Structures sanitaires Secteur pharmaceutique
GTZ-Allemagne	1988-1992	4,824	Lutte contre la Schistosomiase SSP Bandiagara
USAID	1986-1992	5,607	SMI/PF/Population SIDA Formation Survie de l'enfant

## **6. FORCES ET FAIBLESSES DE LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE DU MALI**

La politique socio-sanitaire du Mali est marquée par une volonté et une détermination d'appliquer les principes des soins de santé primaire pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le pays est confronté au niveau national à de réelles difficultés d'ordre économique et institutionnel. Au niveau régional, l'absence d'organisation et de sensibilisation des populations retarde leur adhésion à cette politique. En définitive, même si les objectifs sont clairs au niveau des organes de décision, les stratégies et les moyens pour les atteindre restent incertains.

### **6.1. FORCES DU SECTEUR SOCIO-SANITAIRE**

- L'existence d'un cadre conceptionnel, politique, et d'un niveau opérationnel consolidé constituant des préalables très importants pour la réalisation des objectifs et des stratégies de la politique générale de santé.

- Le Ministère de la Santé bénéficie actuellement de l'appui de cadres compétents dans le domaine de la santé publique. Ces cadres ont été formés dans des grandes universités comme Harvard, Michigan, Boston, Londres, Anvers, Rennes, Bordeaux. Leur niveau de formation et leur expérience en gestion de la santé devraient être exploités pour assurer une bonne réussite de cette politique.

- Toutes les régions du Mali ont élaboré ou sont en phase d'achèvement de leurs plans quinquennaux de développement sanitaire. Les plans ont été conçus et établis avec la participation directe des collectivités qui ont exprimé leurs priorités dans le domaine de la santé. Les populations, à travers les comités de développement, les conseils de cercles et de régions, ont pris des engagements pour assurer en partie la prise en charge des coûts et la gestion de leur propre santé. L'existence de plans régionaux et micro-plans de cercles va permettre d'affiner les objectifs et stratégies afin d'obtenir des résultats concrets.

- Au plan opérationnel, le Mali dispose d'une carte sanitaire bien étoffée, marquée par la présence de centres de santé avec des activités suivies et supervisées jusqu'au niveau arrondissement.

- Le plan conceptuel de la couverture sanitaire a permis l'implantation sur tout le territoire de 7 volets d'activités. Ce sont les soins curatifs et préventifs ; la santé maternelle et

infantile ; la lutte contre les grandes endémies ; l'approvisionnement en médicaments ; l'hygiène et l'assainissement ; l'action sociale ; l'AGIS (administration - gestion - information/formation - supervision). L'existence de poches de réussite de la politique de soins de santé primaire (Djenné, Niono, Dioïla) confirme bien que ces expériences isolées peuvent être étendues à l'ensemble du territoire.

- Le système de couverture sanitaire satisfait les partenaires bilatéraux et internationaux comme la GTZ, le SNV, le FAC, l'Arabie Saoudite, l'UASID, le FED, l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et le PNUD. Certes de gros efforts sont à fournir sur le terrain pour rentabiliser les investissements de ces généreux bailleurs et amis du Mali. La démocratisation de la vie politique, l'assainissement du secteur économique et la transparence dans la gestion des services publics entamés depuis le 26 mars 1991 assureront la réussite de l'objectif visé de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

## **6.2. FAIBLESSES DE LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE**

On peut considérer que les faiblesses sont de deux ordres, à savoir les contraintes et les insuffisances de gestion.

La politique sanitaire souffre jusqu'ici de la centralisation des décisions. La conception des programmes de santé délimite en général des objectifs clairs, mais les stratégies restent mal définies. Rares sont les programmes qui tiennent compte des particularités régionales et des difficultés sur le terrain dans la mise en oeuvre des stratégies. Les meilleurs exemples sont illustrés par les médicaments essentiels et le programme élargi de vaccination. La Pharmacie populaire du Mali (PPM) s'est avérée incapable de jouer son rôle d'importateur unique, d'approvisionnement et de gestion des médicaments essentiels. Par ailleurs, aucune autre solution de rechange n'était prévue au niveau national. L'extension des activités du PEV est rendue difficile au niveau des villages par le manque de moyens logistiques efficaces et d'équipes mobiles suffisantes. Les centres de santé dont les activités SSP marchent, sont appuyés par les ONG qui se sont arrangés pour obtenir une autorisation spéciale d'importation des médicaments essentiels et des vaccins dont ils ont besoin, sans passer par la PPM. Le principe constitue une dérogation implicite démontrant la faillite de la mission confiée à la PPM. Le vide pourrait être comblé par les investisseurs privés ou les partenaires au développement prêts à s'impliquer dans la politique des médicaments essentiels.

Le caractère vertical des programmes nationaux impose aux structures régionales et des fois aux collectivités des modes d'application et de consommation pré-établis mal adaptés à la pluralité des réalités socio-économiques du terroir. Le niveau

national en principe devrait se limiter à dégager les objectifs et les grandes orientations et permettre au niveau régional de définir les stratégies et les moyens de mise en oeuvre des programmes en fonction de leurs spécificités.

L'essor économique très lent du Mali, la forte croissance démographique, la conjoncture internationale, l'enclavement, la sécheresse et l'instabilité politique constituent de vraies barrières pour la réalisation de prestations de soins répondant aux besoins réels des populations.

La dernière contrainte constitue la passivité des populations face à la dégradation de l'environnement et la décomposition du tissu économique et social. Les comportements et attitudes des individus sont en rapport direct avec le niveau des soins de santé, la situation de l'hygiène et de l'assainissement. La morbidité et la mortalité sont tributaires des réactions de l'homme face aux facteurs d'agression et d'éprouvement de la santé. Une prise de conscience rapide des collectivités et des individus de l'effet néfaste de ces facteurs s'impose pour assurer une amélioration de leur état de santé.

Les insuffisances concernent surtout la méthode de gestion, et les crédits d'investissement et d'entretien et l'organisation de l'approche populationniste.

A présent, la pyramide sanitaire suit le découpage territorial du pays. Comme nous l'avons souligné au départ, 81 % de la population malienne vit en milieu rural. Très souvent, il arrive que les chefs lieux de secteur de développement soient plus peuplés, fréquentés et très éloignés des chefs-lieux d'arrondissement qui abritent les structures sanitaires. Par ailleurs, les actions opérationnelles de lutte contre les endémies et les épidémies ou les activités préventives peuvent ne pas correspondre aux délimitations administratives des circonscriptions. Tous ces faits imposent une révision du découpage et l'élaboration d'une nouvelle carte qui répond à des secteurs d'intervention sanitaire intégrée.

L'inexistence d'économistes de la santé accentue la mauvaise gestion des ressources. Les ressources financières en terme d'allocation budgétaire consentie par l'Etat sont en deçà des recommandations de l'OMS. Les dépenses de santé constituent l'ensemble des ressources internes, externes et des autres secteurs de développement (INPS, Armée, Développement rural, Hydraulique, Industrie, Privé, Religieux et les partenaires de développement) attribuées au secteur de la santé. Toutes ces dépenses devraient être gérées de façon à créer une complémentarité dans la satisfaction de la demande en soins de santé.

Le développement d'un système d'assurance maladie pour l'ensemble de la population et la création de mutuelles s'imposent avec acuité.

L'insuffisance numérique de personnel qualifié (médecins, chirurgiens, dentistes, spécialistes, techniciens de santé, techniciens d'hygiène et assainissement) grève la qualité des prestations de soins. Par ailleurs, il n'existe pas de programmes systématiques de formation et de recyclage en adéquation avec les besoins réels. Le dernier cadre organique des travailleurs de la santé le confirme bien. L'insuffisance du personnel est aggravée par les départs volontaires à la retraite anticipée et les départs obligatoires exigés par l'ajustement structurel pour diminuer les charges de l'Etat. Les infrastructures et les équipements ne bénéficient pratiquement pas de crédits d'investissement et de maintenance. Le budget de la santé est surtout un budget de salaires. Il n'y a pas de standardisation de l'équipement et du parc de logistique. Ceci pose d'énormes problèmes pour les techniciens chargés de la maintenance et l'achat des pièces de rechange.

Le système de recouvrement des coûts n'est pas systématisé. En dehors des tarifs imposés pour les consultations et les actes médicaux, certaines collectivités participent à l'effort de santé par la construction de centres de santé des fois sans concerter les autorités. Cette démonstration de bonne volonté présente le plus souvent un handicap, parce que l'Etat ne dispose pas du personnel nécessaire pour les faire fonctionner.

Le sous-équipement et le manque de personnel au niveau des centres opérationnels de cercle les empêchent de jouer leur rôle de centres de référence de premier niveau. Très souvent, cette situation oblige les malades à investir des sommes importantes pour se faire évacuer vers les hopitaux nationaux de la capitale.

## 7. CONCLUSIONS

La première étape de la mission de consultation de la politique socio-sanitaire fait ressortir les constats suivants :

- Le Mali bénéficie d'une conception de politique socio-sanitaire claire, répondant aux besoins d'un pays en voie de développement. Elle est fondée sur les soins de santé primaire définis par la conférence d'Alma Ata. Au plan institutionnel, toutes les mesures sont prises pour l'application réelle de cette politique. La tendance de décentralisation et l'approche de la participation communautaire dans les prises de décision, le choix des priorités et la définition des objectifs et stratégies sont entrain de se consolider.

- La gestion des soins est fortement marquée par la verticalité des programmes nationaux qui, pour la plupart, s'arrêtent au niveau des cercles, alors que les populations cibles sont surtout concentrées dans les villages et arrondissements. Les stratégies d'approche ne tiennent pas compte dans la plupart des cas de la pluralité des réalités socio-économiques. Ainsi les ONG et les organismes dont les programmes sont fondés sur une planification à la base ont obtenu des résultats tangibles, mesurés par une augmentation des taux de fréquentation, des taux de couverture des activités préventives et une participation explicite des collectivités.

- Les médicaments essentiels constituent la clef de voûte de la réussite de la politique des soins de santé primaire comme le stipule l'Initiative de Bamako (IB). Malheureusement, aucune région du Mali ne peut prétendre bénéficier d'une implantation réelle au processus de gestion des médicaments essentiels. Il est donc nécessaire de redéfinir les conditions d'approvisionnement, de distribution et de gestion des médicaments essentiels pour garantir la réussite de l'Initiative de Bamako et la santé pour tous d'ici l'an 2000.

- Le Mali ne dispose pas de système d'assurance maladie ou de mutuelles en dehors d'une frange très limitée du secteur privé et des fonctionnaires de l'Etat.

- La formation et le recyclage des cadres et techniciens de la santé à tous les niveaux et des économistes de la santé doivent bénéficier d'une attention particulière ou pour répondre à la demande en soins des collectivités.



- Les programmes nationaux nécessitent une meilleure intégration pour atteindre leur cible au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire. La collecte de données épidémiologiques fiables devrait servir de support à l'évaluation de ces programmes. Une formation en épidémiologie de base permettra aux agents à tous les niveaux de faire ressortir l'impact des activités sur la santé des populations.

La mobilisation des collectivités pour résoudre leurs propres problèmes de santé dépendra désormais de la qualité et de la pertinence des messages en information, communication et éducation.

## **8. RECOMMANDATIONS**

L'analyse socio-sanitaire met en exergue une situation désastreuse marquée par une très faible couverture (15%), une accessibilité financière et géographique difficile aux médicaments essentiels et une gestion incohérente de toute la pyramide sanitaire. En fonction de ces observations, nous recommandons que des actions urgentes d'intervention soient menées dans les domaines suivants :

- A. les soins de santé primaire ;
- B. les médicaments essentiels ;
- C. la formation en gestion du personnel engagé dans la fonction publique ;
- D. l'équipement médical et la logistique.

### **A. SOINS DE SANTE PRIMAIRE**

La mise en oeuvre de la politique de soins de santé primaire permettra d'étendre la couverture à toutes les couches de la population sur toute l'étendue du territoire du Mali. Le PSPHR prend en compte le district de Bamako et les régions de Mopti, Ségou, Koulikoro et Kayes. Un deuxième projet similaire pourrait couvrir les régions non concernées de Sikasso, Tombouctou, Gao et Kidal.

### **B. ACCESSIBILITE AUX MEDICAMENTS ESSENTIELS**

Les expériences de Djénné et des magasins santé de Tombouctou et Gao ont prouvé que la présence du médicament à prix raisonnable a permis d'augmenter l'utilisation des services de santé et des structures.

L'accessibilité financière et géographique du médicament a été déterminante dans l'adhésion des collectivités à la politique des soins de santé primaire. Ainsi, l'appui à l'Initiative de Bamako ne devrait plus tarder. Le rôle privilégié de la Pharmacie populaire dans l'exécution du contrat-plan devrait être révisé, car cette

institution, à elle seule, ne possède pas de personnel qualifié nécessaire pour faire face à toutes les exigences d'approvisionnement, de distribution, de conservation et de gestion des stocks de médicaments essentiels. Il faut prévoir la participation de laboratoires pharmaceutiques nationaux ou privés et la promouvoir, l'installation des jeunes médecins diplômés pour compléter les efforts de l'Etat et des communautés locales dans le domaine des médicaments essentiels.

### C. ASSAINISSEMENT DE LA GESTION

Le système de gestion et de financement du secteur socio-sanitaire doit être conforme à la politique de soins de santé primaire et respecter les différents niveaux de référence de soins primaires, soins secondaires et soins tertiaires. La conception de la politique des soins de santé primaire implique la participation active des populations dans la planification, l'exécution et l'évaluation de l'impact des activités socio-sanitaires.

L'approche populationniste fait du cercle ou du district la plaque opérationnelle et de référence des services de santé. Pour répondre à ce rôle, chaque cercle en République du Mali devrait être autonome dans la conception, la réalisation et l'évaluation de son programme de santé. Le COCEPS et le CROCEPS ne doivent servir que de guides. Ainsi, des spécialistes de la santé devraient être formés et affectés au niveau de chaque cercle. Ces spécialistes doivent avoir un niveau de base requis de médecin, de Master en santé publique ou économie. Par ailleurs, il serait souhaitable qu'ils soient recrutés au sein du système de la fonction publique pour assurer une certaine pérennité aux investissements de formation.

La formation devrait être pratique, de courte durée, respectant les méthodes modernes de gestion de la santé. La décentralisation du processus gestionnaire de la santé et l'adaptation des programmes aux besoins réels de chaque région sont devenues des impératifs pour la réussite.

#### **D. EQUIPEMENT MEDICAL ET LOGISTIQUE**

La qualité des soins et des services dépend de l'équipement en place. Dans la grande majorité des centres de santé de cercle et d'arrondissement, l'équipement des blocs chirurgicaux, les installations de radiologie et de laboratoires est dans un état vétuste. Ceci rend les capacités de diagnostic et d'intervention aléatoires. Comme dans le cas des soins de santé primaire, l'amélioration des équipements et du plateau technique peut être complémentaire par rapport à la zone d'intervention du projet PSPHR.

Le manque de maintenance et de pièces de rechange a rendu le parc automobile des services de santé inutilisable. La solution serait de décentraliser, de renforcer et d'organiser le SEPAUMAT (Service du Parc Automobile et du Matériel Technique) au niveau de chaque région.

## TERMES DE REFERENCE DES CONSULTANTS

Il ressort de cette analyse que l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des soins ne pourront s'opérer sans le renforcement des sous-secteurs-clés comme les soins de santé primaire, les médicaments essentiels, la formation en gestion du personnel et l'équipement médical. Pour ce faire, il convient de se fixer des objectifs plus précis d'ici l'an 2000. Par exemple augmentation de la couverture sanitaire de 15% à 75%, l'accessibilité des médicaments essentiels sur toute l'étendue du territoire, une planification de la promotion du personnel en fonction des besoins réels, soins préventifs et curatifs attendus par les populations et enfin un support technique et logistique font entièrement défaut.

### A. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)

Les SSP constituent le fondement de la politique nationale en matière de santé. Cette politique répond au souci de l'Etat malien de mettre à la disposition de la majorité de la population du pays des soins de base préventifs et curatifs. Son application appropriée devrait entraîner un impact mesurable par la diminution de la mortalité infantile et maternelle, un taux d'utilisation acceptable des services de santé, l'accessibilité financière et géographique aux médicaments essentiels, un contrôle des maladies transmissibles pour diminuer la morbidité et la mortalité en général, et un contrôle de l'explosion démographique. Les soins de santé primaire constituent un tout dont la réussite dépendra de l'amélioration de l'état nutritionnel ; surtout des groupes des plus vulnérables des enfants et femmes enceintes, et du niveau d'alphabétisation et d'éducation des populations. Les SSP exigent une participation des communautés à la gestion de toutes les activités. De ce fait des programmes de sensibilisation adaptés à la culture, au niveau de développement et à l'environnement des différentes communautés doivent être conçus.

Le consultant pour la mission sur les SSP doit avoir au moins le niveau du DEA en santé publique (Master of Public Health, MPH) ou une expérience d'au moins 5 ans dans le domaine des SSP avec un titre de médecin ou Economiste, Administrateur de la santé.

La consultation aura pour objectif principal de démontrer la cohérence entre le contenu du programme des SSP au Mali et leur application sur le terrain dans les différentes régions du Mali.

Les objectifs spécifiques de cette consultation doivent aboutir à l'élaboration d'un programme d'action concernant les différents volets des SSP :

- santé maternelle et infantile et immunisation ;
- planification familiale et éducation ;
- nutrition et lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- participation communautaire dans la prise en charge des soins préventifs et curatifs.

Il doit au terme de la consultation dégager des indicateurs et des critères de réussite des activités permettant de mesurer l'impact de la politique nationale des SSP.

#### **B. LES MEDICAMENTS ESSENTIELS (ME)**

L'initiative de Bamako (IB) constitue la cheville ouvrière de la politique des médicaments essentiels. Sans la disponibilité géographique et financière des médicaments essentiels, la politique nationale des SSP n'aura aucune chance de réussite comme cela avait été souligné dans le présent document, il existe au Mali des îlots de réussite de la gestion des médicaments essentiels comme le projet des magasins de santé à Tombouctou, le projet FIDA à Djénné et le projet SSP de la Coopération Hollandaise à Ségou.

La pharmacie populaire du Mali est l'organe chargé de la gestion des médicaments essentiels au Mali. A ce niveau, il est nécessaire d'améliorer les conditions de stockage, de conditionnement, de distribution et de contrôle de qualité.

En dehors de la gestion des ME, le consultant devrait se pencher sur les aspects d'utilisation et la révision de la liste des médicaments essentiels sur une utilisation de la méthode de consommation ou la méthode épidémiologique pour établir une liste des médicaments essentiels propre au Mali. Un formulaire thérapeutique doit être élaboré avec la collaboration de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali. Pour les différents niveaux d'utilisation du formulaire, médecins, infirmiers, aide-soignants, hygiéniste-secouriste doivent être spécifiés et supportés par un programme de formation pour l'utilisation et la gestion des ME.

Le consultant doit être un pharmacien ou un médecin formé en santé publique, avec au moins 5 années d'expérience. Il aura pour objectif principal d'aider à l'implantation et le fonctionnement de l'IB sur toute l'étendue du territoire. Il doit être en mesure d'élaborer un plan organisationnel de procurement, de transport, de stockage et de distribution propre au Mali et nécessitant moins de charges récurrentes. Les objectifs spécifiques du consultant porteront sur :

- la révision de la liste des ME au Mali ;
- l'élaboration d'un formulaire thérapeutique ;
- la formation des utilisateurs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

#### **C. FORMATION EN GESTION DE LA SANTE**

Ce problème doit être abordé en 2 phases. La première consiste à la formation des formateurs en gestion des soins de santé primaire dans toutes ses composantes. Cette formation peut se faire soit sous forme de stage de courte durée (2 à 3 mois) dans des Universités spécialisées en matière de SS comme Boston University ou des Institutions comme MSH - Management Sciences for Health à Boston, MA, USA.

La formation des formateurs peut se faire aussi à travers un séminaire organisé au Mali sous l'égide de l'OMS.

Les formateurs seront déployés dans toutes les régions au niveau des directions régionales de la santé. Ces agents auront comme objectif d'élaborer les plans de développement sanitaire au niveau régional et de former des agents sur le terrain. Le consultant doit être un médecin spécialiste en santé publique avec une expérience en formation principale. Il sera chargé de définir les objectifs de la formation et les différents niveaux à considérer dans les programmes.

#### **D. EQUIPEMENT MEDICAL ET LOGISTIQUE**

La vétusté du plateau technique dans les hôpitaux et les formations sanitaires créent un effet mitigé, sur la qualité et l'efficacité des soins de santé. La nécessité d'amélioration du plateau technique s'impose avec la retenue d'une technologie adaptée.

La contribution d'organisations comme l'IDA, le FENU serait vivement souhaitée. L'équipement concerne les appareils pour les analyses de laboratoire de base, la radiologie, les appareils de diagnostic médical indispensables comme l'électrocardiographie, l'électrographe, les appareils à tension, les stétoscopes, les boîtes d'instruments chirurgicaux pour la paratomie, gynécologie obstétrique, etc ...

Le choix de ces équipements doit être judicieux et adapté au niveau technique d'un pays en développement.

La logistique concerne les voitures de liaison, les ambulances et les ateliers d'entretien et de réparation au niveau régional et de cercle (district).

Le consultant doit être un ingénieur spécialisé dans le domaine de l'équipement médical. Il aura pour objectif principal d'évaluer les besoins dans chacune des régions. Comme objectif spécifique il doit être en mesure :

- de superviser l'installation d'un laboratoire ;
- de gérer les magasins de stock de matériels, en comptabilité matière ;
- d'organiser un atelier d'entretien ;
- de former les agents du niveau régional et des cercles.



## B I B L I O G R A P H I E

1. Appui de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali aux soins de santé primaire.  
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali/OMS. Bamako, juillet 1984.
2. Evaluation sanitaire des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita, Mali. 1981.  
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali/Projet de développement sanitaire, PDS/Banque Mondiale. IDA P 108, Mali.
3. Etat de santé des populations riverraines avant la mise en eau du barrage de Sélingué (mars, 1980). Vol. 3, 2. Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali/PNUD, Projet MLI/77/006.
4. Annuaire statistique des services socio-sanitaires, année 1987.  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales/Koulouba. Novembre 1988.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale.
5. Annuaire statistique des Services de santé, année 1989.  
Ministère de la Santé Publique, de l'Action sociale et de la promotion féminine. Juillet 1991.  
Direction Nationale de la Santé Publique. Division de l'épidémiologie, Section statistique.
6. UNICEF : Enfants et Femmes du Mali : Analyse de situation. UNICEF 1989, ISBN : 2-7384-0177-3.
7. D.J.P. Baker : Practical Epidemiology 3d. Edition. Churchill Livingstone 198.
8. Plan quinquenal de développement socio-sanitaire 1990-1994, Régional/Sikasso.  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale. Juin 1990.
9. CROCEPS : Comité Régional d'Organisation et de Coordination des Etudes et Programmes Socio-sanitaires.

Région de Sikasso/Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. 30 novembre - 4 décembre 1988.

10. Evaluation du système de gestion des services de santé du District de Bamako.  
Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine. Novembre 1991.
11. Rapport d'évaluation de la couverture vaccinale au Mali.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale. MSP-AS/UNICEF/PNUD/OMS.
12. G.B. SIMMON, R. GROSSE, S. BERSTEIN, R. TILDEN, W.H. HONG  
A model of health sector planning in the context of rapid population growth. March 1986.  
  
Department of Population Planning and international health - The Univ. of Michigan.
13. Evaluation des systèmes de gestion des services de santé en 5<sup>e</sup> région ; expérience des cercles de Bankass, Djenné, Douentza.  
Mars 1990.  
  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale.
14. Infrastructure sanitaire du Mali. Février 1981.  
  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale.
15. Rapport d'évaluation : République du Mali. Deuxième projet de santé, population et hydraulique rurale, 22 février 1991.  
Banque Mondiale.  
Rapport no. 8683-MLI. Division Opérations, Population et Ressources humaines. Département Sahel - Région Afrique.
16. Planification sanitaire de la région de Mopti, 1988 - 1992.  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Juin 1988.
17. Analyse des programmes de santé. VII<sup>e</sup> FED - LPME IV, Mali.  
Dr E. MORIN ; A. NICOLAY, août 1991.
18. Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en matière de population, Mali. Rapport No. 8. Fonds des Nations Unies pour les activités en Matière de Population (FNUAP).
19. Mission d'évaluation du projet d'appui au développement des soins de santé primaires Mali-Pays Bas, région de Ségou. Deuxième phase à Niono, mars 1990.

Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales,  
Bamako. Direction Générale de la Coopération au Développement  
LAWHAYE.

Région de Sikasso/Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. 30 novembre - 4 décembre 1988.

10. Evaluation du système de gestion des services de santé du District de Bamako.  
Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine. Novembre 1991.
11. Rapport d'évaluation de la couverture vaccinale au Mali.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale. MSP-AS/UNICEF/PNUD/OMS.
12. G.B. SIMMON, R. GROSSE, S. BERSTEIN, R. TILDEN, W.H. HONG  
A model of health sector planning in the context of rapid population growth. March 1986.  
  
Department of Population Planning and international health -  
The Univ. of Michigan.
13. Evaluation des systèmes de gestion des services de santé en 5<sup>e</sup> région ; expérience des cercles de Bankass, Djenné, Douentza.  
Mars 1990.  
  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation  
sanitaire et sociale.
14. Infrastructure sanitaire du Mali. Février 1981.  
  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.  
Direction Nationale de la Planification et de la Formation  
sanitaire et sociale.
15. Rapport d'évaluation : République du Mali. Deuxième projet de  
santé, population et hydraulique rurale, 22 février 1991.  
Banque Mondiale.  
Rapport no. 8683-MLI. Division Opérations, Population et  
Ressources humaines. Département Sahel - Région Afrique.
16. Planification sanitaire de la région de Mopti, 1988 - 1992.  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Juin  
1988.
17. Analyse des programmes de santé. VII<sup>e</sup> FED - LPME IV, Mali.  
Dr E. MORIN ; A. NICOLAY, août 1991.
18. Rapport de mission sur l'évaluation des besoins d'aide en  
matière de population, Mali. Rapport No. 8. Fonds des Nations  
Unies pour les activités en Matière de Population (FNUAP).
19. Mission d'évaluation du projet d'appui au développement des  
soins de santé primaires Mali-Pays Bas, région de Ségou.  
Deuxième phase à Niono, mars 1990.  
  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales,  
Bamako. Direction Générale de la Coopération au Développement  
LAWHAYE.

20. Rapport de mission 2 : Rapport d'étude de stratégie pour la planification du patrimoine de santé.  
Projet de développement sanitaire II (PDS II). Synergy International. Février 1989.
21. Plan decennal de développement socio-sanitaire du Mali 1981 - 1990.  
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Direction Nationale de la Planification et de la Formation sanitaire et sociale.
22. Evaluation de la pharmacie de l'Hôpital de Mopti, mai 1991.  
Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine. Direction Nationale de la Santé Publique.
23. Enquête de couverture vaccinale réalisée dans le District de Bamako et les capitales régionales. ENMP - OCCGE - UNICEF. Mai 1991.
24. Projet d'appui au plan de développement sanitaire de la deuxième région.  
Programme de distribution des médicaments essentiels à Diola et Kangaba. Octobre 1991.  
Ministère de la Santé Publique. Direction Régionale de la Santé et des Affaires Sociales, Koulikoro.
25. Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région. Novembre 1990.  
Institut National de Recherche en Santé Publique. Division Santé Communautaire. MSP-AS. B. DIALLO.
26. Resources allocations and Primary Health care Policy in Mali. A case of cost-effectiveness study of Kita-Bafoulabé-Kéniéba (KBK) sub-region. March 1986.  
HPA 601 Research Seminar in International Health. The University of Michigan.
27. Evaluation sanitaire de la zone CMDT/Mali 1984 - 1985. Projet Mali Sud II.  
Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.
28. Alma Ata 1978.  
Les soins de santé primaire.  
Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaire Alma Ata (URSS) 6 - 12 septembre 1978.  
Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1978.

29. Evaluation du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques au Mali. MSP-AS/UNICEF/OMS/PNUD/PRITECH. Bamako, mai 1988.
30. Plan d'action nationale pour la survie, le développement et la protection de l'enfant en République du Mali. UNICEF/MSP-AS/Ministère de l'Education Nationale. Janvier 1992.
31. Avant-projet du schéma directeur du secteur de développement rural. Septembre 1991. Ministère de l'Agriculture/PNUD/FAO-MLI-89-003.
32. Rapport sur la politique des soins de santé primaire en République du Mali de 1964 à nos jours. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Direction Nationale de la Santé Publique. Avril 1990.
33. Association Malienne pour la protection et la promotion de la famille A.M.P.P.F. Plan Triennal 1990 - 1992.
34. Les soins de santé primaires. Expériences depuis Alma Ata. J. CHABOT et P. STEEPLAND. AMSTERDAM, Institut Royal des Tropiques.
35. Revue à mi-parcours du programme Mali-UNICEF? 1988 - 1992.
36. Projet SSP-Ségou. Rapport semestriel, janvier-juin 1991. DRSPAS-Ségou, Mali.
37. Mise au point sur l'indicateur nutritionnel dans la région de Ségou : UNICEF/ Division Régionale de la Santé. Août 1991.
38. Rapport annuel sur les activités du ECAN en 1990 (Programme conjoint d'Appui à la Nutrition) au Mali.
39. Rapport d'activités, année 1990. Direction Régionale de la Santé et des Affaires Sociales, Kayes. République du Mali.
40. Gestion des médicaments essentiels dans le cercle de Niono, Mali. Ségou, juillet 1991. Institut Royal des Tropiques, Amsterdam.
41. Rapport final sur les Centres de Santé Communautaires (ESCOM). Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la promotion féminine. Direction Nationale de la Santé Publique, octobre 1991.
42. Situation alimentaire et nutritionnelle au Mali. Aperçu et perspectives. D. SIMAGA. Institut d'Economie Rural. Ministère de l'Agriculture, juillet 1991.