

Bureau de l'UNICEF AU Mali

Coopération Mali-UNICEF

Rapport annuel 2001

unicef 

Changeons le monde avec les enfants

Bureau UNICEF Mali . Niamakoro Route de l'Aéroport . BP 96 Bamako, Mali . Internet: www.gmfc.org

Tél: (223) 20 44 01/ 20 80 71/ 20 33 99/ 20 13 83/ 20 13 84/ 20 13 85 . Fax: (223) 20 41 24



L'UNICEF co-parraine

l'ONUSIDA

Les interviews et les articles de reportage paraissant dans ce rapport expriment l'opinion de leurs auteurs, et non pas nécessairement les politiques de l'UNICEF.

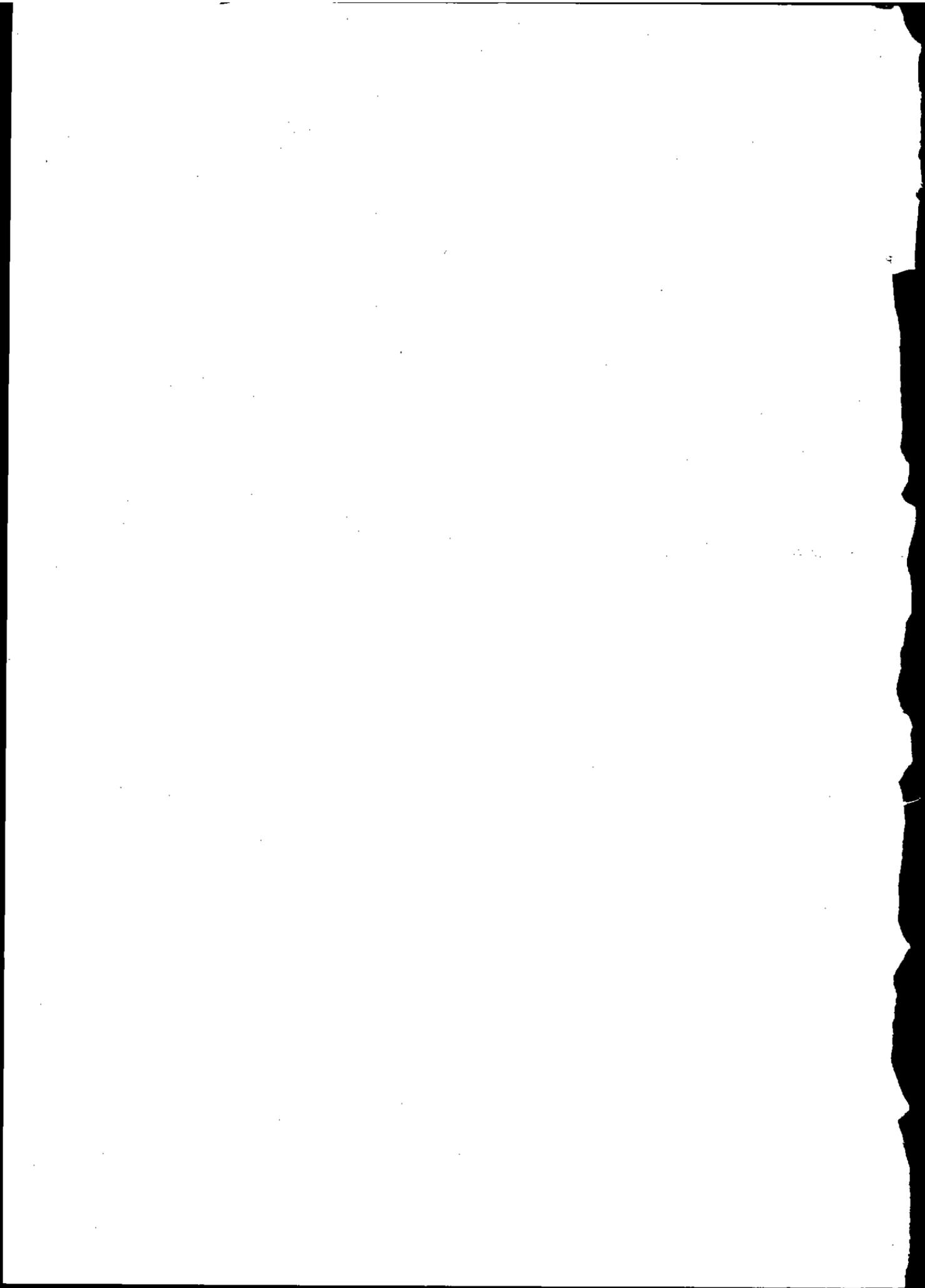
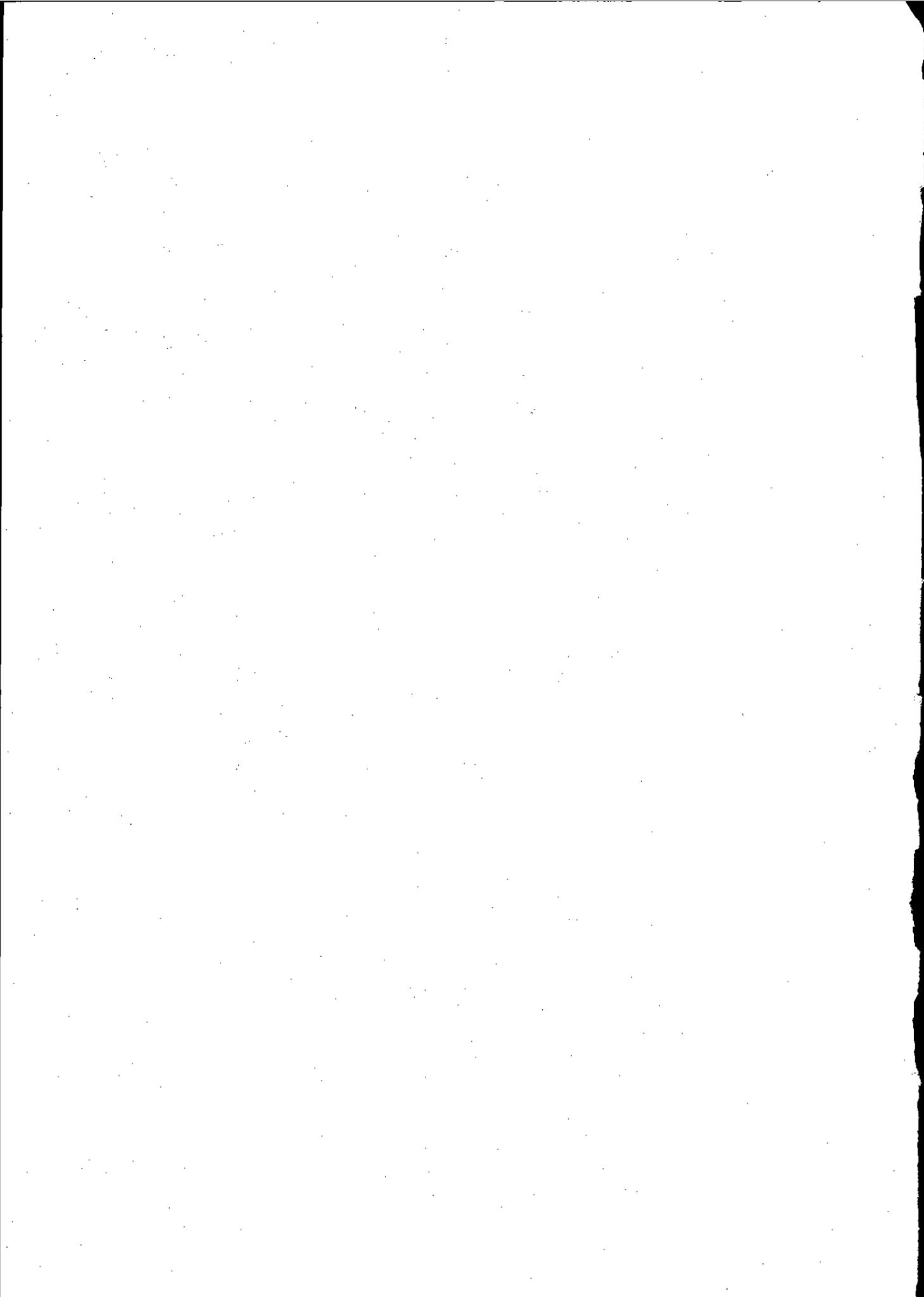


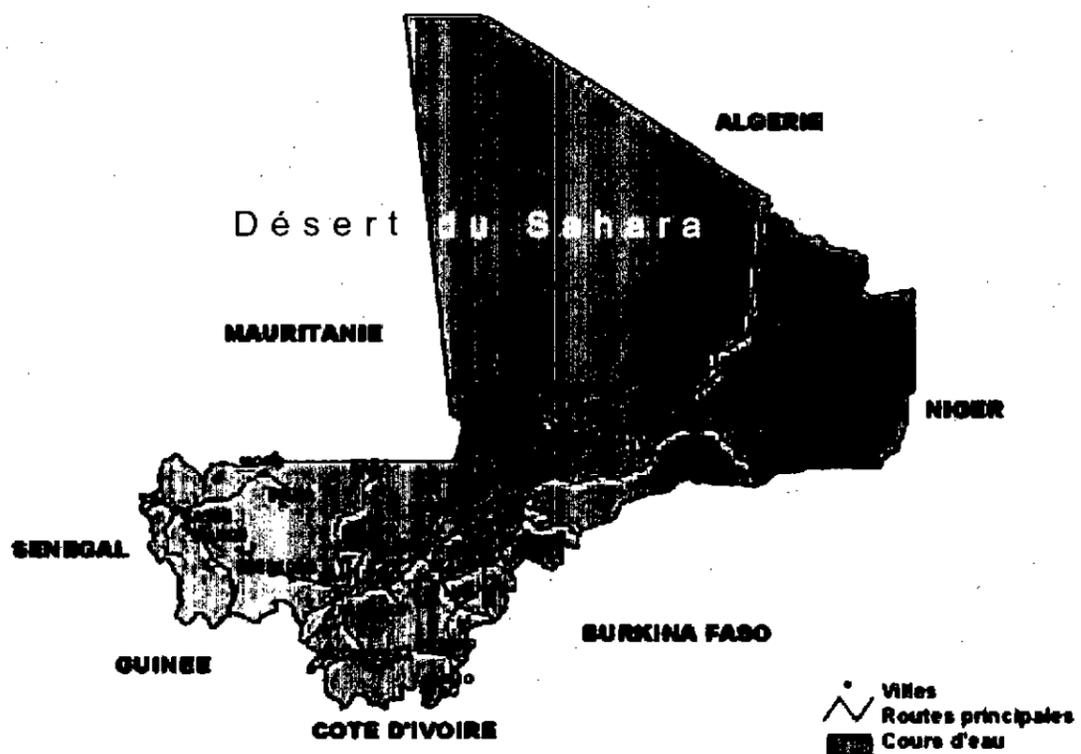
TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7	
I. Survie de l'enfant		
Appui de l'UNICEF au PRODESS en 2001.....	9	
L'éradication de la polio bientôt une réalité au Mali.....	11	
Campagne nationale contre la rougeole : des débuts prometteurs	14	
Un village Dogon du Mali découvre l'eau potable	16	
Participation communautaire et santé communautaire - 'Approche village'	18	
Reportage : La santé à portée de main	20	
II. Développement de l'enfant		
L'encadrement de la petite enfance.....	33	
L'UNICEF fait la promotion de l'Ecole Amie des Filles.....	35	
La formation initiale des maîtres : des avancées notables, mais encore des défis à relever	38	
III. Protection des enfants		
Programme Protection des enfants.....	41	
IV. Plaidoyer et événements spéciaux		
Dites 'Oui' pour les enfants.....	47	
Prendre l'initiative.....	50	
V. Partenariat et Coopération		
Collaboration de l'UNICEF avec les agences du système des Nations unies au Mali	53	
Interview de SE Madame l'Ambassadeur Rokiatou Guikiné Traoré	54	
Interview de Madame Saskia de Lang, Ambassadeur des Pays-Bas au Mali.....	55	
L'UNICEF a réalisé en 2001 des approvisionnements essentiels en faveur des enfants du Mali à hauteur de 4,6 milliards de francs CFA.....		61
Ressources humaines au bureau de l'UNICEF.....	63	
A l'écoute des chauffeurs de l'UNICEF Mali	65	
Mobilisation des ressources financières	66	
Gestion des ressources	67	

Maquette, mise en pages et photo de couverture : Pénangnini TOURE
Crédit photos intérieur : UNICEF Bamako/Giacomo PIROZZI



LE MALI





AVANT-PROPOS

Le rapport 2001 du bureau de l'UNICEF au Mali s'efforce avant tout de permettre au lecteur de mieux appréhender la mission de l'UNICEF et de s'informer des principales avancées du programme de coopération liant le Mali à l'UNICEF.

L'année 2001 restera dans la mémoire collective comme une année marquée par une date, le 11 septembre, dont l'une des conséquences aura été le report en 2002 de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies sur les enfants, initialement prévue en septembre 2001. Ce contretemps ne doit pas faire oublier le rôle crucial joué par le Mali tout au long de l'année 2001 dans l'adoption d'une position commune africaine en faveur d'une « Afrique Digne des Enfants », position commune ayant permis une prise en compte des réalités des enfants du continent dans le document final de la session extraordinaire.

Certes, le plus difficile reste à faire, c'est à dire traduire les déclarations d'intention en actions concrètes mesurées en terme de décès évités, de filles scolarisées, d'enfants protégés contre toutes formes de violence, d'exploitation et d'abus. Cela est d'autant plus crucial que le rapport établi pour la session spéciale par le Secrétaire général des Nations unies, Kofi A. Annan, souligne le caractère mitigé des progrès accomplis au cours de la dernière décennie, depuis le premier sommet mondial pour les enfants en 1990. L'un des grands enseignements tirés de la dernière décennie est que l'engagement des politiques seuls n'est pas suffisant. Il doit s'accompagner d'un engagement de l'ensemble des forces vives de la société, à commencer par les enfants eux-mêmes. Ce constat est à l'origine du lancement en 2001 du Mouvement mondial pour les enfants par Nelson Mandela et Graca Machel. Il est espéré que ce Mouvement se traduira, notamment, par de nouveaux et de plus larges alliances et partenariats entre gouvernements, partenaires au développement, sociétés civiles, leaders religieux, le secteur privé et les enfants eux-mêmes.

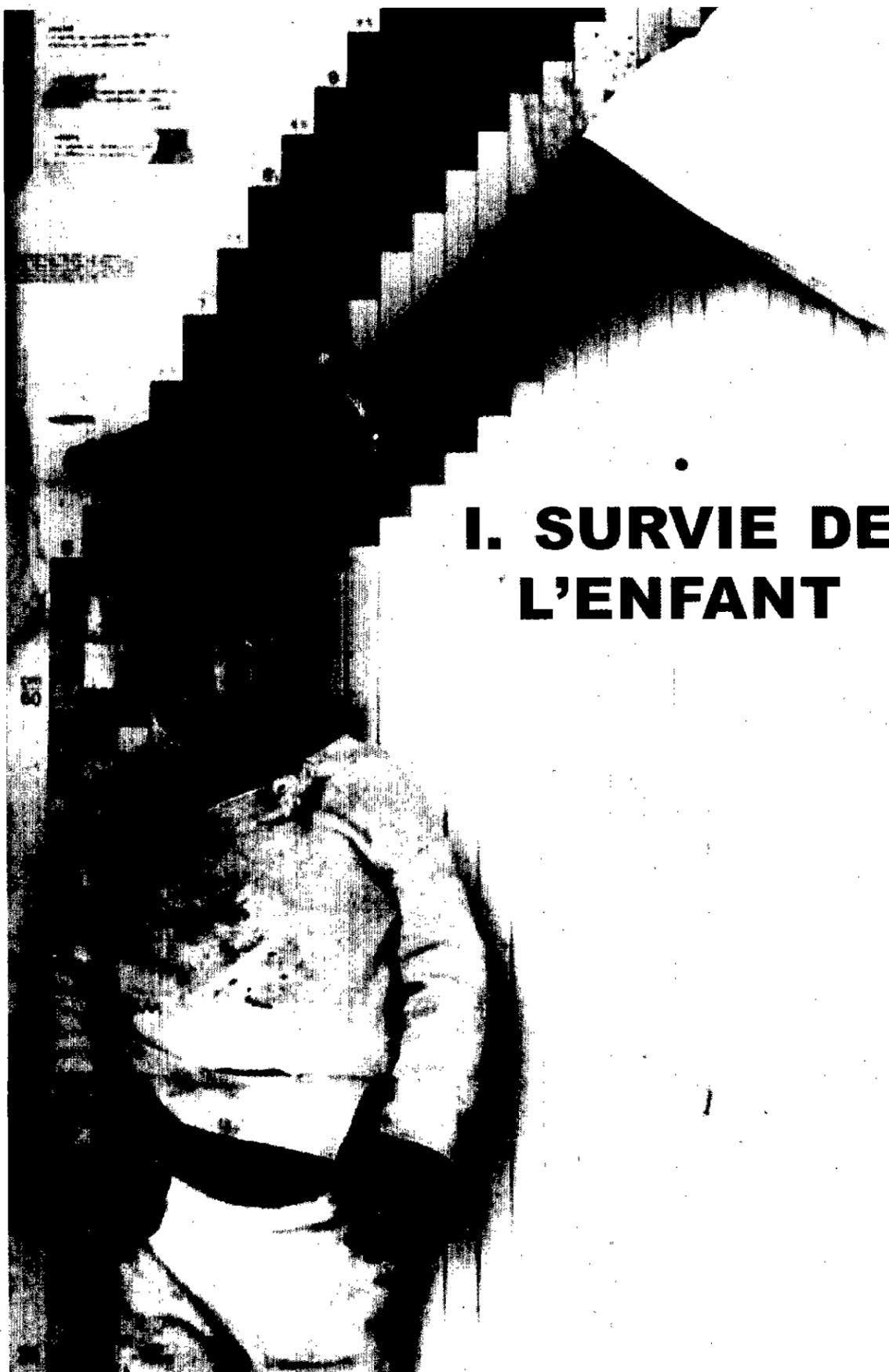
En matière de partenariats, le Mali joue un rôle pionnier puisque ayant engagé des réformes sectorielles en profondeur, notamment dans trois secteurs prépondérants pour la survie, le développement et la protection des enfants. Ces trois secteurs, à savoir la santé, l'éducation et la justice disposent de programmes décennaux de développement dont l'essence même repose sur un consensus entre le gouvernement, ses partenaires techniques et financiers et la société. L'organisation des journées nationales de vaccination pour l'éradication de la poliomyélite constitue un autre exemple de partenariat exemplaire, de même que les progrès très importants accomplis en matière d'éradication du Ver de Guinée ou encore l'organisation en 2001 de la première campagne nationale de vaccination contre la rougeole. Dans tous ces domaines, et dans d'autres, l'UNICEF est fier d'apporter sa contribution et de contribuer ainsi, aux côtés du gouvernement et des autres partenaires, à l'édification progressive d'un Mali « Digne des Enfants ».

Pour la coopération Mali-UNICEF, l'année 2001 aura été marquée également par le démarrage du processus conjoint de formulation du prochain programme de coopération 2003-2007. Ce processus participatif, coordonné par le Ministère des affaires étrangères et des Maliens de l'Extérieur, aura permis de mettre à jour l'analyse de la situation des enfants et des femmes et de définir une stratégie, laquelle a été présentée au Conseil d'administration de l'UNICEF en janvier 2002.

Pour terminer, je voudrais remercier toutes celles et ceux dont la contribution à l'élaboration de ce rapport a été déterminante, notamment ceux de nos partenaires ayant bien voulu se prêter à nos interviews. L'ensemble de mes collègues et moi-même vous souhaitons une excellente lecture.



Pascal Villeneuve
Représentant de
l'UNICEF au Mali



I. SURVIE DE L'ENFANT

Appui de l'UNICEF au PRODESS en 2001

Comme pour les années précédentes, l'un des principaux objectifs de l'appui de l'UNICEF au Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) en 2001 a concerné l'extension de la couverture sanitaire à travers les Centres de santé communautaire (CSCOM) et la promotion de la participation communautaire à travers l'approche village.

Pour permettre l'extension de la couverture, l'UNICEF a fourni 66 kits d'équipement et 23 dotations initiales pour les Centres de santé communautaires, contribuant à porter le nombre total de CSCOM pour lesquels le Paquet minimum d'activités (PMA) est disponible, de 514 à 533. En vue de réduire l'obstacle financier pour l'accès aux soins de santé primaire, une analyse des mécanismes de solidarité a été conduite dans 5 cercles, avec l'appui de l'UNICEF.

Un second objectif était de renforcer les capacités des équipes socio-sanitaires de 46 cercles en planification et gestion. Dans le cadre de la planification et de la gestion décentralisée, l'UNICEF a fourni un appui pour l'élaboration et la validation de neuf Plans de développement socio-sanitaire de cercle (PDSC), et pour la validation des analyses de situation dans 15 cercles.

Un autre objectif concernait l'appui de l'UNICEF pour rendre opérationnelle l'organisation de la référence dans 25 cercles. Dans ce cadre, l'UNICEF a appuyé l'élaboration du cadre conceptuel de la référence dans neuf cercles des régions de Mopti, Ségou, Tombouctou et Kayes, ainsi que la mise à disposition de 40 kits de périnatalité, de cinq nouvelles ambulances, de 61 Réseaux autonomes de communication (RAC) et de 17 talkies-walkies. L'UNICEF a également appuyé la formation d'environ 200 agents de santé en périnatalité, en chirurgie d'urgence et en anesthésie réanimation pour le compte de 21 centres de santé ayant organisé le système de référence/évacuation.

L'UNICEF a également contribué au renforcement des capacités d'appui des structures centrales et régionales en matière de gestion du Programme élargi de vaccination (PEV), de la lutte contre le VIH/SIDA, contre la malnutrition, le paludisme et le trachome. Dans ce cadre, l'UNICEF a contribué au renouvellement de la chaîne de froid (36 réfrigérateurs), de la logistique (90 motos et 19 pirogues) et de l'informatique (35 ordinateurs). L'UNICEF a également appuyé les activités de micro planification, de formation et de mobilisation sociale, et a assuré la fourniture de dotations trimestrielles en carburant pour les aires non encore fonctionnelles. L'UNICEF a également contribué à l'organisation des Journées nationales de vaccination (JNV), y compris la distribution de vitamine A et à la campagne de vaccination contre la rougeole.





L'UNICEF est également partenaire du Ministère de la Santé dans la promotion de la responsabilisation des populations à travers l'approche village. Cette approche, utilisée comme porte d'entrée de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire, est actuellement menée dans 550 villages de 55 aires de santé. Dans ce cadre, 12 équipes de cercles, 30 Associations de santé communautaire (ASACO) et plusieurs groupements féminins ont bénéficié d'une formation en techniques d'imprégnation des moustiquaires afin de renforcer la responsabilisation de la population dans la gestion des activités de promotion de la santé au niveau local. Un appui conjoint de l'UNICEF et Helen Keller International a permis de supplémenter 80% des femmes enceintes en fer/folate dans la région de Koulikoro et de supplémenter 70% des enfants de 6-59 mois en vitamine A dans six régions. Deux études sur l'acceptabilité et l'efficacité des comprimés multivitaminés chez les femmes enceintes sont en cours dans deux Cercles.

Dans le domaine de l'approvisionnement en eau



Participation communautaire : femmes et enfants de Niono, localité à environ 345 km au nord de Bamako

potable, de l'hygiène et de l'assainissement, l'UNICEF a fourni des intrants et un appui technique pour la réalisation de 972 ouvrages (latrines familiales, latrines scolaires, aménagement de puits et de forages, construction d'incinérateurs). Il a également apporté un soutien aux conseils communaux et en partenariat avec les Groupes d'intérêt économique (GIE) et les structures associatives pour la réalisation de 230 ouvrages familiaux d'évacuation des eaux usées, la construction de 10 nouveaux points d'eau dans 10 villages du cercle de Niono, et l'équipement de 23 forages. L'introduction et l'utilisation de technologies appropriées à faible coût (dalles SANPLAT) et de la main d'œuvre locale pour construire des latrines familiales ont été concluantes.

L'UNICEF a contribué à la formation en matière d'hygiène et d'assainissement de cinq équipes de CSCOM, de 60 enseignants et de 432 membres de comités ASACO et relais villageois, dont un tiers de femmes. Par ailleurs, 24 techniciens sanitaires de Cercle ont été équipés et formés à l'utilisation de kits pour le contrôle de la qualité de l'eau. Des activités d'éducation à l'hygiène en milieu scolaire (équipement en matériels d'hygiène, mise en place de structures d'animation, intégration de l'hygiène dans les curricula, dotation en latrines) ont eu lieu dans 27 écoles situées dans huit aires de santé ciblées.

Enfin, l'appui de l'UNICEF au programme national d'éradication du ver de Guinée prévoyait de réduire de 40% le nombre de cas de Ver de Guinée enregistrés en 2000 dans la région de Mopti. Dans ce cadre, l'UNICEF a contribué à la surveillance épidémiologique régulière dans 855 villages dont 33 d'endémie ou à risque; à la confection et la distribution de 10.000 filtres et 3000 pailles filtres pour éviter la contamination par les eaux des mares; au traitement à l'Abathe de 35 mares dans 27 villages d'endémie afin de réduire les risques de transmission; la formation de 300 animateurs infirmiers et agents « vers de Guinée » dans le domaine de la prévention, de l'isolement des cas et de traitement des mares; à la mise en œuvre des activités d'IEC surtout dans les villages d'endémie. Au total, 24 cas de Ver de Guinée ont été détectés, soit un taux de réduction de 67 %, supérieur à la prévision de 40%. Cependant, il convient de mentionner que seule la région de Mopti a réduit le nombre de cas de Ver de Guinée. Les régions de Gao et de Tombouctou ont plutôt enregistré une recrudescence de cas, ce qui porte à 571 le nombre total de cas notifiés au Mali en fin Octobre 2001 contre 290 en 2000.

L'éradication de la polio bientôt une réalité au Mali

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé lance l'initiative d'éradication de la poliomyélite en Afrique pour l'an 2000. Septembre 1989 : une résolution est votée par les Chefs d'état africains en vue de la mise en œuvre de stratégies d'élimination du tétanos néonatal et de la poliomyélite en Afrique. 1990 : le Sommet mondial pour les enfants adopte l'objectif de l'éradication de la poliomyélite dans son plan d'action. Sept ans plus tard, en juin 1996 au Sommet de l'Organisation de l'unité africaine (OUA) à Yaoundé, une recommandation visant l'éradication de la polio est adoptée. Une stratégie commune de lutte contre ce fléau se met en place. Le mouvement pour l'éradication de la polio en Afrique est lancé. A l'instar des autres Etats africains, le Mali s'engage à faire de l'éradication de la polio une réalité en organisant ses premières Journées nationales de vaccination (JNV) en 1997, puis de façon régulière depuis lors.

Un constat mitigé pour le continent africain

L'organisation des JNV se fait d'abord de manière unilatérale au niveau des différents Etats jusqu'en 1999. Cependant, en 1999, le constat est quelque peu mitigé : l'éradication de la polio en Afrique dans un avenir proche n'est pas encore certaine. Ce constat se fonde sur deux observations : (i) la surveillance des cas de



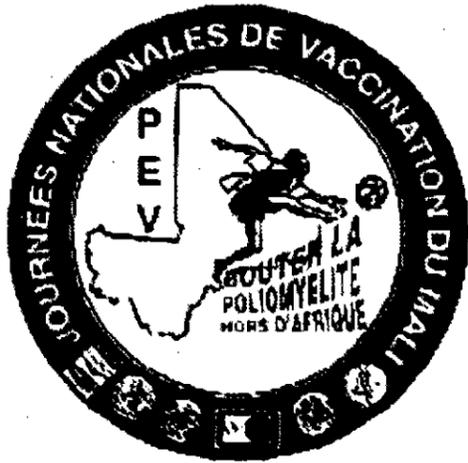
Les ATR ou femmes 'Accoucheuses traditionnelles recyclées' au cours d'une formation en technique de vaccination, Bla (80 km de Ségou)



Paralysie flasque aiguë (PFA) continuait de révéler la présence du poliovirus sauvage ; et (ii) les ratissages organisés dans les zones où la transmission du virus persistait avaient permis de déceler qu'un nombre important d'enfants n'avaient jamais été vaccinés. Aussi, une nouvelle stratégie fut-elle appliquée à partir de l'année 2000, avec le lancement par le Président Alpha Oumar Konaré, alors Président en exercice de la CEDEAO, de journées nationales de vaccination synchronisées dans l'ensemble du bloc épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest. En outre, la stratégie comprenait également le passage de porte en porte afin de n'exclure aucun enfant dans la tranche d'âge considérée. Enfin, depuis 1998, une supplémentation en vitamine A est ajoutée à la vaccination contre la poliomyélite lors du second passage, afin de profiter de cette occasion unique de contact avec les enfants âgés de six mois à cinq ans pour renforcer leur système immunitaire et les protéger contre d'éventuelles carences en vitamine A, source de cécité.

Un objectif presque atteint au Mali

En raison de l'amélioration de la surveillance à base communautaire, le nombre de cas de Paralysie flasque aiguë a augmenté entre 1998 et 2001. Néanmoins, aucun de ces cas n'est imputable au poliovirus sauvage depuis l'année 2000, ce qui témoigne de l'impact positif de ces journées



nationales de vaccination. L'organisation de Journées nationales de vaccination s'est poursuivie en 2001, avec un lancement synchronisé effectué en Sierra Leone par l'ancien Chef de l'Etat malien, Monsieur Alpha Oumar Konaré, en présence des Présidents Ahmad Tejan Kabbah de Sierra Leone et Olusegun Obasanjo du Nigeria. Cette coopération régionale exemplaire, laquelle mobilise régulièrement les responsables politiques et administratifs au plus haut niveau dans chaque pays, s'inscrit également dans le cadre de la



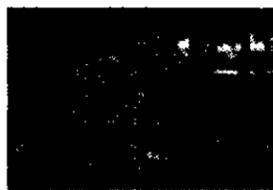
Le nouveau Président de la République malienne, S.E.M. Amadou Toumani Touré, alors Président de la Fondation pour l'Enfance, lors du lancement en 1997 des 1^{ères} JNV à Kati, Mali

coordination sanitaire régionale au sein de la CEDEAO, facilitée par la création en 2000 de la nouvelle

Au Mali, plus de sept millions de vaccins anti-polio ont été ainsi fournis par l'UNICEF en 2001, tandis que 25 726 vaccinateurs-volontaires et 2 394 cadres superviseurs ont été formés grâce à la précieuse collaboration des partenaires nationaux et internationaux. 3 014 443 enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés et 2 258 647 enfants de 6 mois à cinq ans ont reçu une dose de vitamine A.



Un agent de santé s'apprête à vacciner, Bla (80 km de Ségou)



Organisation ouest africaine de la santé de la CEDEAO. L'éradication de la poliomyélite est un excellent exemple de partenariat au sein de

la communauté des partenaires techniques et financiers, avec l'implication exemplaire d'organisations internationales et non-gouvernementales telles que l'OMS, le Rotary international, la Coopération américaine, le Centre de contrôle des maladies (CDC) des Etats-Unis, Plan international, Helen Keller International, sans compter le nombre toujours plus important d'organisations locales appuyant l'organisation des JNVs. Il est à noter que le Comité de pilotage chargé de l'organisation des JNVs était présidé par S.E. Monsieur le Président de la République, Amadou Toumani Touré, alors Président de la Fondation pour l'enfance,

SANTÉ DE L'ENFANT



Membres du Comité de pilotage des JNVs

également contribué à la formation de plus de 25 000 vaccinateurs volontaires et de plus de 2 000 cadres nationaux, lesquels ont assuré la formation et la supervision des équipes. L'appui de l'UNICEF a également servi à doter les services nationaux d'une logistique adéquate, notamment en matériel de chaîne de froid et de mobilisation sociale.



Initiative mondiale pour la vitamine A

Les résultats officiels publiés par le Ministère de la santé indiquent que 99,8% des enfants de moins de 5 ans ont reçu une seconde dose de vaccin contre la poliomyélite, alors que 98% des enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont reçu

une dose de vitamine A. Même les régions les plus difficiles d'accès telles que celles de Kidal, Gao et Tombouctou ont obtenu d'excellentes performances avec des taux de couverture vaccinale dépassant 90%. Avec 546 000 enfants de moins de 5 ans vaccinés, la région de Sikasso arrive en tête. Ces résultats pour le moins prometteurs sont de bonne augure pour l'éradication prochaine de cette terrible maladie au Mali et dans la communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

Comme par le passé, l'UNICEF a prêté son concours pour l'organisation des JNVs, pour un montant total de 520 millions de francs CFA. Les fonds mobilisés par l'UNICEF ont permis de couvrir les besoins en vaccins et en vitamine A, soit l'approvisionnement de plus de 7 millions de doses de vaccin contre la poliomyélite, et de quelques 47 000 flacons de vitamine A et leurs doseurs. L'appui technique et financier de l'UNICEF a

Campagne nationale contre la rougeole : des débuts prometteurs

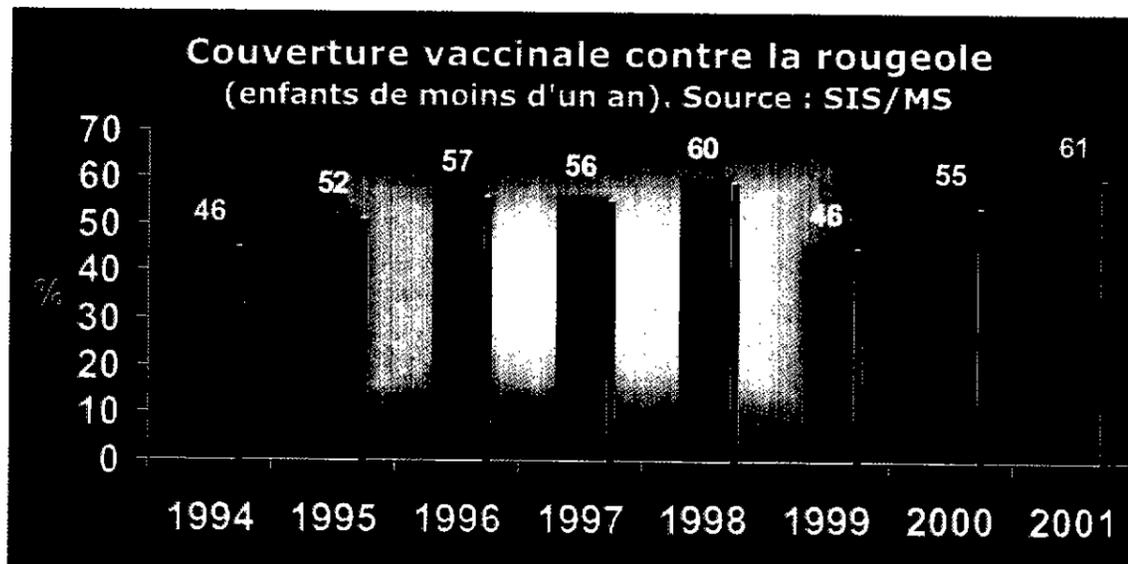
La rougeole, maladie infectieuse, virale et contagieuse constitue encore une menace importante pour la survie des jeunes enfants, et ce malgré les efforts notables déployés par le Programme élargi de vaccination (PEV) au Mali. On estime en général que le vaccin contre la rougeole est efficace dans 80% des cas, lorsqu'il est administré dans les conditions prescrites par le PEV. En outre, le virus de la rougeole est un virus qui se transmet très facilement d'un individu à un autre. Enfin, dans des populations où le taux vaccinal reste insuffisant, on observe une accumulation d'enfants non protégés. Lorsque ce nombre atteint un seuil critique, on constate l'apparition d'épidémies dont la fréquence peut varier selon le niveau de la couverture vaccinale. Le Système d'information sanitaire (SIS) au Mali montre que la couverture vaccinale contre la rougeole chez les enfants de moins d'un an se situe aux alentours de 61% (2001). Ce taux reste encore insuffisant pour prévenir l'apparition d'épidémies. Or la rougeole constitue l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes enfants n'ayant pas accès à des services de santé en mesure de prévenir les complications liées à la rougeole, telles que les infections respiratoires, et l'aggravation des carences en vitamine A, source de cécité.

Tout en renforçant les services de vaccination de routine, le Ministère de la santé a décidé d'organiser



en décembre 2001 une campagne nationale de vaccination contre la rougeole, dont l'objectif était de vacciner une population cible de 5 049 959 enfants de neuf mois à 14 ans, de manière à réduire le risque d'épidémie, et de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à la rougeole chez les enfants dans cette tranche d'âge. Outre la vaccination contre la rougeole, la campagne incluait la vaccination contre la méningite dans six régions du Mali. L'UNICEF a apporté son concours au Ministère de la santé pour l'organisation de cette campagne, aux côtés d'autres partenaires techniques et financiers tels que l'OMS, la Coopération américaine (USAID/BASICS) et la Coopération

SURVEILLANCE SANITAIRE





néerlandaise. Le concours financier de l'UNICEF s'est élevé à 1,3 milliards de FCFA, portant principalement sur l'approvisionnement en vaccins contre la rougeole et le co-financement des coûts opérationnels tels que formation, équipements en chaîne de froid et matériel d'injection et mobilisation sociale. L'UNICEF a également établi un partenariat avec la Croix rouge malienne, laquelle a appuyé l'organisation des activités de mobilisation sociale dans cinq districts.

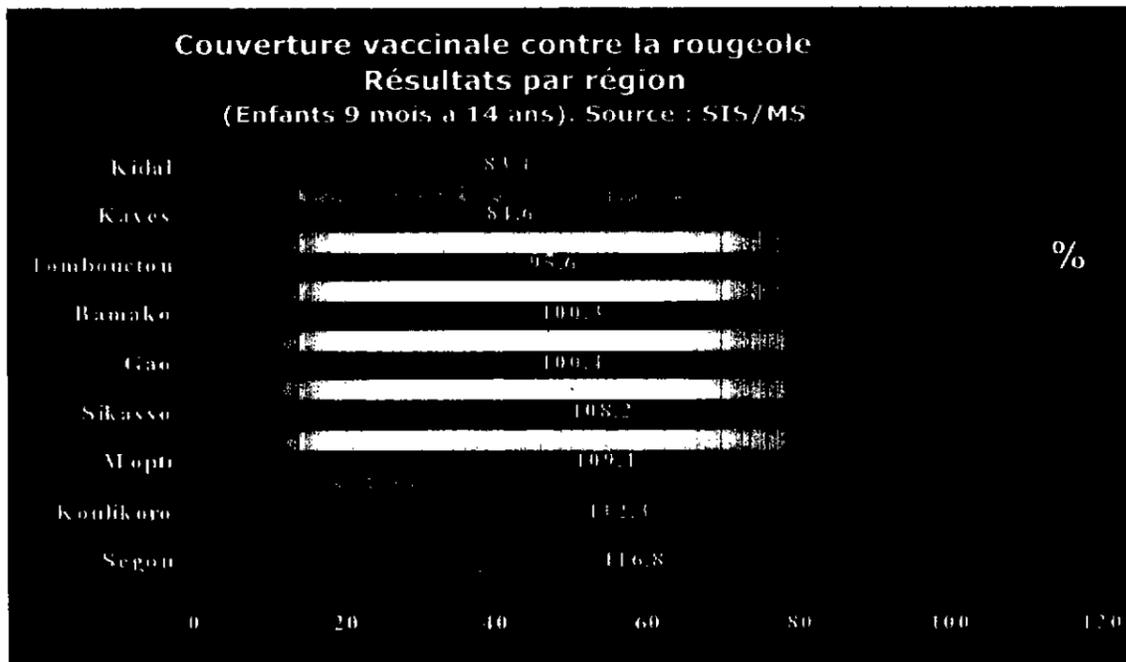
La microplanification des activités de vaccination a constitué un temps fort de la campagne nationale. Il fallait en effet préciser pour chaque équipe de vaccination le nombre d'enfants ciblés, les quantités de vaccins, les distances à parcourir, la logistique à mettre en place, le calendrier de vaccination et le budget détaillé nécessaire pour l'accomplissement de ces tâches. Les déchets médicaux résultant des vaccinations (seringues, coton ou compresses) ont été

systématiquement détruits grâce aux 55 incinérateurs mis en place et pour lesquels 110 techniciens ont été formés.

Des résultats prometteurs

Les résultats obtenus à l'issue de cette campagne nationale de vaccination contre la rougeole sont particulièrement prometteurs puisque avec un taux de couverture de 104,9%, le nombre d'enfants vaccinés dépasse la population cible. Selon les régions, la couverture vaccinale varie d'un maximum de 116,8% pour la région de Ségou à 83,4% pour la région de Kidal. Le taux de perte en vaccin reste dans des limites acceptables, avec un taux variant de 12% pour la région de Mopti à 3% pour la région de Kidal.

Les résultats encourageants de cette campagne ne remettent pas en cause la nécessité pour les services de vaccination de routine de poursuivre et renforcer leurs activités, notamment en direction des enfants qui avaient moins de neuf mois au moment de la campagne nationale. Le succès de cette campagne souligne également la bonne implication des associations de santé communautaire dans l'organisation des activités de vaccination. Enfin, le renforcement de la surveillance épidémiologique à base communautaire permettra d'évaluer au cours des prochaines années l'impact de cette campagne et des activités de routine dans la réduction du nombre de cas de rougeole.



SÉRIE DE TABLEAUX

Un village Dogon du Mali découvre l'eau potable

Dènè Guindo du village de Gamni ne se pose pas de questions, malgré les 20 kilogrammes que pèse la gourde d'eau qu'elle porte sur la tête, et les trois kilomètres qu'elle doit parcourir avant de stocker ce liquide précieux pour la consommation de sa famille de 15 personnes.

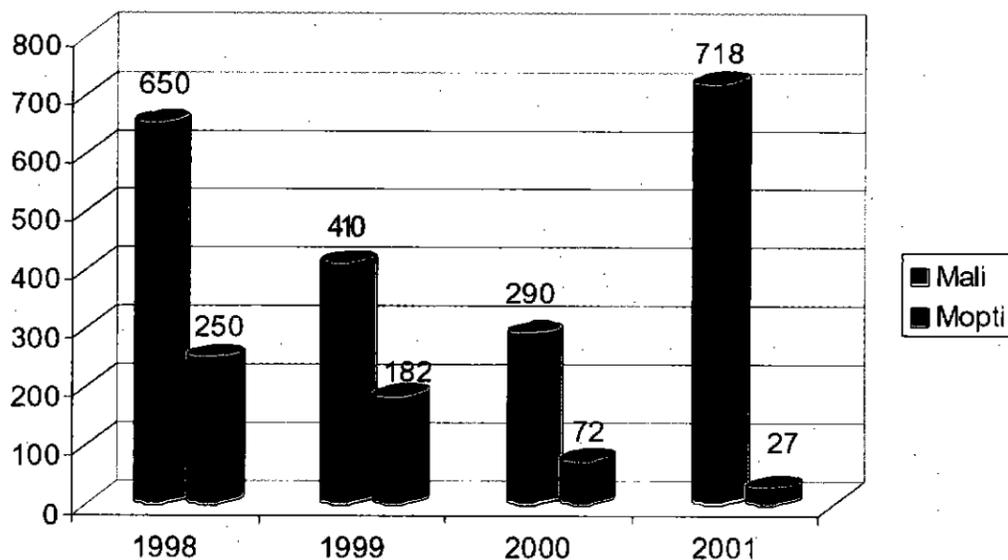
En effet, la seule source d'approvisionnement en eau du village en cette saison sèche du mois de mai demeure un 'Yogododji', terme en langue Dogon qui signifie grand trou, creusé dans ce sol argileux de façon à retenir les eaux de ruissellement pendant l'hivernage, et dont la surface est recouverte de feuillages afin de réduire l'évaporation de ce fluide de couleur café au lait. Dènè pense qu'effectuer cette corvée au moins trois fois par jour est un devoir pour toute femme digne de ce nom, afin de satisfaire les besoins essentiels pour la boisson, la préparation des aliments, la vaisselle et quelques rares fois la douche pour le chef de famille. Elle sait également qu'elle consacre près de six heures par jour à cette tâche, dont toute femme dogon est

fière. Elle sait aussi qu'elle doit utiliser cette eau avec parcimonie car Aminata, sa fille aînée qui l'aidait dans cette corvée, a été alitée en raison d'une maladie bien connue dans la contrée : le Ver de Guinée appelé 'Nono'.

Depuis trois jours, en effet, une douleur atroce traverse le pied droit d'Aminata et un ver blanc transperce sa peau, la clouant ainsi à terre. Elle ne pourra pas aider sa mère à l'accomplissement des tâches ménagères édictées par la tradition. Elle ne pourra pas non plus participer cette année aux préparatifs des travaux champêtres, encore moins apporter la crème de mil à son père et à ses frères aux champs.

Gamni, cette localité difficile d'accès, située à près de 200 km du chef lieu de cercle, est pratiquement coupée du monde pendant quatre mois de l'année. Les populations de Gamni ont été surprises de voir un cortège de deux véhicules tout-terrain arpenter le sentier menant au village. On vient leur demander s'ils

Evolution du nombre de cas de Ver de Guinée au Mali et dans la région de Mopti



Note: En 2001 l'augmentation au niveau national du nombre de cas de Ver de Guinée s'explique par une flambée dans la région de Gao



connaissent le Ver de Guinée, qui est ici appelé la maladie du grenier vide car survenant pendant la période active de culture du mil, aliment de base des Dogons. L'une des toutes premières questions relatives à l'eau potable a été posée à Dènè; elle qui ne connaît principalement que l'eau du 'Yogododji' ou celle de la mare; elle qui a régulièrement vu, année après année, des cas de Ver de Guinée dans le village depuis qu'elle y vit.

Dènè et les autres femmes du village étaient les plus motivées quand les services de la Direction régionale de santé publique (DRSP) leur ont proposé de cotiser 80 000 FCFA (environ 110 US\$) pour pouvoir bénéficier d'un forage équipé de pompe manuelle à proximité de leurs habitations. Un mois plus tard, quelle ne fut la joie des populations de Gamni, et surtout des femmes, de voir miraculeusement jaillir du sous sol une eau claire et limpide. Au préalable, un technicien avait échangé avec les hommes, les femmes et les jeunes sur l'importance de l'eau potable, notamment en relation avec la prévention des maladies comme les diarrhées des enfants et le Ver de Guinée.

Pour Dènè, ce point d'eau potable signifie un accès plus facile à une plus grande quantité d'eau de qualité supérieure. Ce forage permet aux habitants du village de passer moins de temps à la collecte de l'eau et donc de consacrer davantage de temps à pouvoir cultiver leurs champs individuels pour augmenter leurs revenus. Les parents seront également davantage enclins à laisser leurs filles aller à l'école, car déchargées des tâches domestiques traditionnelles liées à la collecte et au transport de l'eau sur de longues distances. Pour l'ensemble du village, ce forage signifie l'arrêt de l'infestation par le Ver de Guinée, et donc la promesse d'une communauté en meilleure santé et économiquement plus active.

De 1998 à 2001, l'UNICEF a financé la création ou la



réhabilitation de 125 points d'eau pour un montant total de 410 000 US\$, permettant ainsi à environ 100 000 personnes, dont 18 000 enfants de moins de cinq ans d'avoir accès à une eau saine. Par ailleurs, l'UNICEF, aux côtés d'autres partenaires tels que l'OMS, Global 2000, le Corps de la paix, a poursuivi son appui en faveur de la campagne d'éradication du Ver de Guinée. Le dynamisme du Programme national d'éradication du Ver de Guinée s'est traduit par une chute du nombre de cas détectés de 16040 en 1992 à 718 en 2001.

L'appui de l'UNICEF concerne en particulier la région de Mopti où la mise en oeuvre d'activités multiformes (réalisation de points d'eau potable, confection et distribution de tamis-filtres, traitement chimique des eaux de surface, isolement des cas de Ver de Guinée, information et éducation des communautés villageoises) ont permis d'enregistrer des résultats positifs. En effet, le nombre de cas de Ver de Guinée dans la région de Mopti est passé de 9 154 en 1992 à seulement 72 en 2001, soit un taux de réduction de 99,2%.

Participation communautaire et santé communautaire -- 'Approche village'

Le Programme de développement social et sanitaire (PRODESS) a fait de la participation communautaire une pierre angulaire dans la réforme du système de santé au Mali. Non seulement les populations contribuent à la construction ou à la réhabilitation de leur Centre de santé communautaire (CSCOM), mais en plus, elles en assurent la gestion quotidienne à travers une Association de santé communautaire (ASACO) de manière à offrir un paquet minimum de qualité aux populations de l'aire de santé couverte par le centre de santé communautaire. En 2001, 30 ASACO ont bénéficié de l'appui de l'UNICEF pour mieux gérer leurs CSCOM.

En vue de renforcer les rôles des ASACO, de les orienter vers la promotion des pratiques positives de santé au sein des ménages de l'aire de santé et aussi de mieux impliquer l'ensemble des populations des aires de santé dans la résolution de leurs propres problèmes de santé, nutrition, eau et hygiène, une approche dénommée « Approche Village » est mise

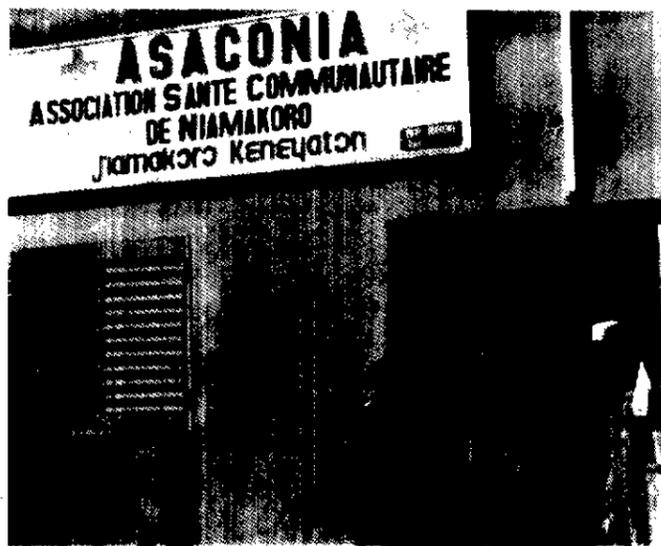


Un agent de la santé en conversation avec une accoucheuse traditionnelle, Bla, localité à 320 km au nord-est de Bamako

en œuvre progressivement dans les aires de santé fonctionnelles. Il s'agit d'une approche participative menée en deux phases :

(i) Une première phase consiste à faire un diagnostic très participatif avec l'implication des populations pour identifier et analyser les problèmes de santé, et formuler des solutions appropriées pour leur résolution. Cette première phase aboutit à l'élaboration d'un plan d'action villageois pour résoudre les problèmes identifiés et à la mise en place de mécanismes relais pour le suivi local des interventions.

(ii) Une seconde phase consiste à mettre en œuvre le plan d'action villageois par les villageois eux-mêmes avec l'appui technique et financier (lorsque c'est nécessaire) des équipes techniques du centre de santé de cercle et d'autres partenaires (ONGs, groupements féminins). Cette phase est accompagnée par un plan intégré de communication élaboré sur la base de données qualitatives collectées sur les comportements et les pratiques en vigueur au sein des populations vis-à-vis des problèmes spécifiques identifiés lors du diagnostic participatif dans les différents



Centre de Santé de Niamakoro, un quartier de Bamako



villages de l'aire de santé.

En 2001, l'appui de l'UNICEF s'est concentré dans la mise en œuvre des plans villageois déjà élaborés dans 550 villages répartis dans 55 aires de santé. 12 équipes de cercles, 30 ASACO et plusieurs groupements féminins ont également bénéficié des formations en technique d'imprégnation des moustiquaires et 30 kits d'imprégnation ont été mis à la disposition des ASACO bénéficiaires des interventions. Quatre cercles ont élaboré leur plan intégré de communication en accompagnement aux plans villageois.

Toujours dans le cadre de cet effort de renforcement de la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé, un appui est donné par l'UNICEF à l'organisation par les ASACO de caisses



Un agent de santé fait une démonstration en milieu rural

de solidarité au niveau des aires de santé en vue d'assurer la prise en charge financière de l'évacuation des femmes enceintes présentant des complications à l'accouchement. Le fonctionnement de ces caisses de solidarité a bénéficié d'une évaluation externe et les résultats ont non seulement montré une réelle valeur ajoutée en terme de nombre de vies maternelles et infantiles sauvées grâce à une prise en charge financière adéquate et rapide, mais aussi en terme d'exemple concret de participation communautaire efficace.

L'approche village constitue une opportunité pour le renforcement de la participation des femmes dans la résolution des problèmes de santé des communautés. En effet, 1/3 des relais villageois formés dans les 550 villages sont des femmes (360). Les relais étant choisis par les communautés sur la base d'un certain nombre de critères pour jouer le rôle d'animateur au sein du village, il s'agit là d'un indicateur concret de la participation croissante des femmes dans la résolution des problèmes de santé dans les villages. Il faut aussi noter que lorsque des groupements féminins existent dans une aire de santé ou dans un village, ils deviennent des cibles prioritaires pour les activités de renforcement des capacités au même titre que les ASACO. Les femmes sont également les participantes centrales dans les activités de communication pour l'adoption de pratiques positives de soins et de développement de l'enfant au niveau des ménages.

Reportage: La santé à portée de main

Au début de 1992, le Mali se lance dans une audacieuse politique de relance des soins de santé primaires. Largement inspirée par l'Initiative dite 'de Bamako' en référence à une stratégie d'accélération des soins de santé primaire lancée conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1987, la réforme porte principalement sur deux principes : le recouvrement des coûts et le recours aux médicaments essentiels sous forme de génériques. Si le pays fait figure de pionnier dans ce domaine, c'est qu'il accepte pour la première fois de remettre en cause le monopole de l'Etat sur l'offre de santé et de faire entrer l'économie dans ce secteur sensible, en mettant l'accent sur le coût des soins, l'équilibre des comptes et la lutte contre les gaspillages. Enquête-reportage dans les villages de l'aire de santé de Konio, à une trentaine de kilomètres du carrefour historique de Djenné.

De l'autre côté du fleuve, on distingue à peine une lointaine silhouette qui s'avance et se rapproche à un rythme régulier. L'homme est en moto rouge et noire,



une grande glacière posée sur le porte-bagages. Il ne roule pas trop vite, les pistes restent peu praticables et surtout la crue du Bani, affluent du Niger, inonde une grande partie de la vallée rendant difficile l'accès de nombreux villages. L'homme traverse maintenant le fleuve avec sa moto, il a de l'eau jusqu'aux genoux mais ne s'en inquiète pas tant il a l'habitude. On peut désormais voir son visage, Benjamin Bamba, dit Ben, l'infirmier du Centre de santé de Konio vient aujourd'hui pour la "visite médicale" au village de Bougoula. Il n'y a pas si longtemps, il fallait six heures de charrette aux



Que signifie le Paquet Minimum d'Activités (PMA)?

La notion de PMA est définie comme une offre globale de soins intégrés curatifs, préventifs et promotionnels, prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé pour lesquels le centre de santé est en mesure de proposer des solutions. Ces éléments peuvent se résumer comme suit :

- Activités curatives : prise en charge des affections courantes y compris les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles courantes, avec référence des cas graves ainsi que la disponibilité des médicaments essentiels en DCI pour les besoins du traitement.

- Suivi et dépistage de certaines maladies chroniques : Lèpre, tuberculose.

- Activités préventives : vaccinations des enfants et des femmes enceintes, suivi nutritionnel des enfants, suivi prénatal et postnatal pour les femmes enceintes, assistance à l'accouchement et référence/évacuation des accouchements compliqués, planning familial.

- Activités de laboratoire simples : examens d'urines, prélèvements et fixation de crachat sur lame et autres tests simples.

- Activités promotionnelles : hygiène du milieu et assainissement,

promotion de comportement nutritionnel positif pour la mère et l'enfant, éducation sanitaire, appui au développement communautaire.

- Activités en stratégies avancées dans les villages de l'aire de santé : vaccination, suivi nutritionnel, promotion et renforcement des relations avec les relais locaux.

- Activités de gestion : gestion du dépôt de médicaments essentiels, monitoring et tenue des supports du système local d'information, surveillance épidémiologique, tenue de l'échéancier, comptabilité du centre de santé, PV des réunions des associations de santé communautaires, production et transfert du rapport trimestriel au cercle.

Source : Fatoumata Nalo-Traoré, Zakaria Maiga, Abdelwahed El Abassi, "La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996", *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 12, ITG Press, Anvers, 1999.

villageois de Bougoula pour atteindre Djenné.

Sur la place du village, une cinquantaine de femmes se tiennent debout enfants au dos, enfants au sein, enfants courant autour, elles attendent la séance de vaccination. Ayant lieu une fois par mois, cette visite s'apparente ici à un petit événement social. DTCP, polio, rougeole, BCG, tétanos, la glacière posée sur une petite table renferme toute la panoplie des doses nécessaires pour les enfants de zéro à onze mois, et aussi pour les femmes de quatorze à quarante-quatre ans jamais vaccinées.

L'affluence d'aujourd'hui dépasse les prévisions, l'infirmier sera même obligé d'allumer un fourneau pour faire bouillir les aiguilles ayant déjà toutes servies une fois. A Bougoula, la vaccination semble entrée dans les moeurs. Le chef du village, les kolas que lui a apportées Ben à la main, donne une explication très réaliste de cet engouement : "Du temps de notre jeunesse, les maladies étaient comptées au village. Puis beaucoup de nouvelles maladies ont été



Une femme exhibe son carnet de vaccination

importées de loin, et nos tradipraticiens n'étant plus à même de les soigner, la population s'est alors tournée vers la médecine moderne, mieux placée pour en faire le diagnostic".

Diagnostic. Le mot revêt une importance considérable dans cette réforme de la politique de santé au Mali inaugurée au début des années 1990, consistant à rapprocher les centres de santé des populations. La radiographie de la carte sanitaire du pays jusque vers la fin des années 1980 n'était en effet pas belle à voir.

Des centres de santé organisés bureaucratiquement, des agents déresponsabilisés et souvent absents, une véritable pénurie de produits obligeant les rares patients solvables à payer des ordonnances astronomiques en ville... Bref, la crise de confiance de la population entraînait la désaffection des centres de santé d'arrondissement. On trouvait alors en moyenne nationale, un seul centre dans un rayon de 50 kilomètres pour couvrir entre 30 et 60 000 habitants!

En 1987, une conférence internationale lance l'Initiative de Bamako, une tentative pour couper court avec cette spirale de la misère sanitaire et trouver au sein des pays en développement des stratégies adaptées au contexte local et se rapprocher enfin des besoins réels des populations. Quatre grands principes guident cette profession de foi : (i) Décentralisation des soins en un réseau de centres de santé proches des populations; (ii) Participation des communautés à la gestion de ces centres; (iii) Offre d'un "Paquet minimum d'activités" susceptible de répondre à 80% des pathologies courantes (lire encadré 9); (iv) Rationalisation des prescriptions notamment par l'utilisation de médicaments génériques.

En 1989, le tout premier centre de santé communautaire voit le jour dans le quartier populaire de Banconi à Bamako, inaugurant ainsi, après les services publics et privés, les premiers pas d'un troisième secteur. Depuis lors, l'UNICEF prête son concours sous forme d'expertises permanentes sur le terrain, de formation des personnels, d'appuis logistiques et matériels et d'une participation financière à hauteur de 5 millions de US\$ environ par an.

Grandes distances, communications difficiles, zones enclavées... le pays a besoin du niveau régional pour conduire sa politique de changement. Il s'agit donc pour ces autorités maliennes, dès 1993, soit de redynamiser les centres de santé d'arrondissement existants, désormais nommés Centre de santé d'arrondissement revitalisé (CSAR), soit de créer de

nouvelles structures appelées Centre de santé communautaire (CSCOM). Dans les deux cas, la philosophie reste la même, améliorer l'offre de soins pour faire revenir les patients au centre, et responsabiliser les usagers en les associant à la gestion de leur santé. Il faut souligner ici le double tour de force réalisé par le Mali, faisant de lui un pionnier en la matière.

D'abord, le dispositif met en place sur tout le territoire des établissements au statut des plus original : une structure privée pouvant faire des bénéfices mais sans but lucratif, recevant de l'Etat une délégation de service public, et prise en charge par une association d'usagers. En clair, les CSCOM ont des objectifs du public mais doivent être gérés comme une entreprise privée!

Autre innovation, les utilisateurs et les collectivités décentralisées assument une part fort importante des coûts, ils payent la consultation, l'ordonnance et même le salaire du personnel de santé du CSCOM. Pour preuve de cette volonté de se rapprocher au plus près des populations, comme au cercle de Menaka dans la région de Gao, on envisage même d'étendre les centres de santé mobiles pour toucher les communautés touaregs, à l'aide de véritables dispensaires à dos de chameaux(1).

Le Centre de santé de Konio, où travaille Ben l'infirmier, couvre dix villages soit une population totale de 11 000 habitants. Tacko, le village le plus éloigné du centre est à 14 km, et Bouani, le village le plus proche est à 5 km. En dehors des visites appelées "stratégies avancées" effectuées dans ces villages de l'aire, Ben accueille tous les jours les patients à Konio. Bien sûr, comme pour chaque région du Mali, il a fallu du temps pour définir la carte sanitaire de Konio et ses environs. C'est-à-dire pour décider dans quel village on planterait le centre et quels seraient les villages concernés par l'aire de santé.

Pendant environ un an, des spécialistes de l'approche communautaire sont ainsi passés à plusieurs reprises dans chaque village avec comme objectif de déterminer la carte de couverture "idéale" en fonction de subtiles et patientes négociations auprès des populations. Ainsi, on a fait abstraction des limites administratives pour procéder à un découpage sur la base de critères plus sociologiques et économiques.

Il a également été tenu compte de la masse critique de 3 à 4 000 habitants vivant à moins de 5 km du centre et pouvant assurer la viabilité financière de l'aire. On a aussi intégré des critères plus qualitatifs comme le désir

de deux villages dépendant normalement de la région de Ségou d'être rattachés à Konio pour des raisons d'accessibilité géographique. Konio a aussi été choisi parce qu'il avait un vieux centre qu'il suffisait de réhabiliter. Ce qui fut fait en 1994.

Un environnement de sable sec, quelques arbres disséminés, une température de plus de 40 degrés au mois d'avril, des petites concessions de couleur grise imbriquées les unes aux autres avec, à chaque coin de ruelle, leurs greniers à céréales plantés comme d'énormes ruches. Konio n'a pas d'eau courante, pas d'électricité, pas de téléphone (2).

A son arrivée Ben trouve un pâturage sur la place du centre, dans la cour des troupeaux de chèvres viennent tranquillement y brouter l'herbe. Construit comme les autres habitations du village en banco (3) à peine renforcé, le centre lui-même ne semble pas entretenu. Au vu de la couche de poussière, les pièces n'ont pas été nettoyées depuis longtemps. Et surtout le stock de médicaments, clef de voûte du dispositif, est quasi inexistant. Il correspond à une valeur de 150 000 francs CFA quand la valeur du stock de base normal doit atteindre les 800 000 FCFA.

Maternité, Pharmacie, Vaccination, Chaîne de froid, Pansements, Injection, Consultation... bien sûr les noms de chaque service sont méthodiquement inscrits au-dessus des portes, mais on ne trouve pas grand chose à l'intérieur. Il faut donc repartir à zéro, et l'affaire n'est pas pour effrayer Ben, il traîne sa bouteille depuis plus de seize ans dans la région, la brousse n'a plus de secrets pour lui. L'infirmier n'y va d'ailleurs pas par quatre chemins, et comme première mesure il propose à l'Association de santé communautaire (ASACO) d'engager sa responsabilité de chef de poste sur la somme de 750 000 FCFA pour réapprovisionner le centre en médicaments. A la fin du premier mois d'exercice, la somme est remboursée et le centre dégage même 100 000 FCFA de bénéficiaires. Le succès ne se fait pas attendre.

Aujourd'hui samedi, jour de foire à Konio, la queue représente déjà plus de vingt personnes vers 7 heures du matin. Et pour cause, la plupart des patients ont voyagé de nuit en charrette depuis leur village. Ce matin, les ânes broutent ou dorment devant l'entrée du centre. Certains patients ont même affrété un minibus de douze places depuis Sofara, un village hors aire; deux ou trois autres paysans arrivent de Mopti (166 km), pourtant niveau régional dans la hiérarchie de l'offre de soins. C'est dire la réputation de Ben. "On peut toujours me reprocher de dépasser les frontières de ma zone de

référence, mais pour moi, la santé ne connaît pas de frontières. Je donne la priorité aux dix villages de l'aire, mais si on a besoin de moi ailleurs, je suis aussi disponible en dehors des heures d'ouverture du centre", explique, infatigable, l'infirmier.

Aujourd'hui, les malades vont défiler sans arrêt jusque vers 17 heures sans aucune forme de pause. En blouse blanche, le stéthoscope autour du coup, Ben reçoit avec bienveillance, assis sur son tabouret. Il sourit, sert la main, la pose affectueusement sur l'épaule de certaines personnes âgées, il fait de l'humour, il taquine même en jouant sur les parentés à plaisanterie selon les ethnies... Dogon, Bobo, Marka, Diamando, Bambara, Sonrhai, Peul. Ce qui facilite beaucoup les relations ici. A une jeune femme un peu timide n'osant pas expliquer son mal; Ben réplique : "Toi, je vais venir dans ton village, mais uniquement si tu m'invites. Sinon, les gens vont me bastonner, ils vont croire que je viens séduire leurs femmes". Le tour est joué, la patiente rit de bon cœur et commence à se mettre plus à l'aise.

Délier la parole fait partie du savoir-faire, car les patients ont souvent honte de parler de leur maladie en face d'autrui. Il y a des sujets tabous qui ne peuvent être rendus publics, comme l'infertilité par exemple. Car on dit ici d'une femme infertile qu'elle ne peut avoir d'enfant à force de courtiser les hommes mariés. A l'inverse, il y a aussi les traditions qu'on a accepté de moderniser : c'est depuis dix ans l'infirmier qui fait les circoncisions chez les jeunes garçons à la place des forgerons.

Le rituel est le même pour tous. Chaque patient prend un ticket de consultation qu'il paye 200 FCFA (environ 0,35 US\$), il est ensuite interrogé et ausculté par l'infirmier, on lui prescrit une ordonnance ne dépassant jamais trois médicaments pour un prix moyen de 1750 FCFA (environ 2,5 US\$), il va acheter ses produits au dépôt, peut même en cas de besoin demander un crédit d'une semaine, puis revient vers Ben pour se faire expliquer la posologie.

Hernie, cystite, angine, gastrite, arthrite, hypertension pour les adultes, paludisme, anémie, malnutrition proteino-calorique pour les enfants... toutes les maladies défilent et Ben écoute, prend son temps, installe la confiance, et surtout observe les corps. "Tout est écrit sur la personne, nous devons pouvoir lire sur les corps. C'est le côté sorcier du métier. Si tu peux dire au malade de quoi il souffre au moment où il entre en consultation, il te considère comme un vrai médecin", confirme l'infirmier.

D'ailleurs, dans l'édition 2000 du Guide thérapeutique distribué auprès de tous les chefs de poste du Mali et posé sur le bureau de Ben, on peut lire en introduction : "Il y a deux grandes manières de trouver la cause d'un événement : la deviner, c'est la manière du marabout; ou la chercher, c'est la manière de l'inspecteur, c'est également celle du médecin". On l'aura compris, l'approche de Ben se situe à égale distance de ces deux modes d'investigation.

Au cours de la matinée, plusieurs anciens malades, satisfaits des prestations de Ben, viennent lui déposer des petits cadeaux : un grand pot de miel qui embaume toute la pièce, deux kilos de viande fraîche dans un sac en plastique et aussi beaucoup de lettres pour dire merci, ou pour souhaiter la reprise d'un traitement jugé

moderne et médecine traditionnelle. Comme le rappelle le sociologue Didier Fassin : "Sur le marché de la santé (...), le malade peut en effet choisir entre les herbes de l'aïeule, les remèdes magiques du guérisseur, les écrits coraniques du marabout, les médicaments modernes du vendeur ambulant, les prescriptions ordonnées par le médecin".

On assiste toutefois selon lui à "une transformation progressive, et probablement inéluctable, des relations entre les individus et leur santé dans les sociétés africaines actuelles; on y parle certes de génie et de rituels, mais on y va de plus en plus à l'hôpital; on y a certes des savants dans les connaissances ancestrales, mais on y trouve de plus en plus de thérapeutes revendiquant un savoir avant tout médical"



efficace. A l'issue de la journée, Ben a reçu 54 malades.

(4).

Car en fait quelles sont les exigences des populations en matière de santé? Trois principales attentes. La qualité des soins, à savoir la réelle prise en compte de leurs maux et un recours garanti aux médicaments. La possibilité d'avoir un parent proche près de soi lors d'une hospitalisation, et il n'est pas rare que Ben laisse la famille dormir au centre en leur envoyant des petits plats préparés avec cœur par son épouse. Et enfin, dans certains cas, de pouvoir panacher entre médecine

A l'intérieur de ce mouvement, les populations veulent encore pouvoir choisir et d'ailleurs le gouvernement malien s'inscrit dans cette logique en reconnaissant officiellement l'efficacité thérapeutique de certains tradipraticiens. C'est ainsi que Ben, qui a posé des panneaux solaires pour le réfrigérateur du centre, travaille également en collaboration avec les guérisseurs de la région pour des cas spécifiques.

A Taga, on peut trouver un spécialiste des fractures, à

Bougoula un autre soigne la stérilité, un peu plus loin à Bandiagara en pays Dogon, certains guérissent l'épilepsie... Tout le monde ici le sait, chacun le pratique, selon un subtil et mystérieux découpage de territoires. Seule contre-indication partagée par le chef de poste et l'ASACO de Konio, il faut sensibiliser les populations sur les méfaits des "pharmacies par terre", ces produits nocifs, exposés au soleil, souvent périmés, en provenance du douteux marché du Nigéria, vendus par des commerçants peu scrupuleux.

En outre, sur le plan financier, les populations maliennes dépensent sans doute plus auprès des tradipraticiens qu'au sein des dispensaires. Et au regard de la comptabilité nationale, ce sont en tout cas les ménages qui investissent le plus pour la santé au Mali avec environ 50 milliards de FCFA sur les 75 milliards engagés. Ce qui donne pour résultat une dépense par habitant et par an de seulement 7 500 FCFA (environ 12 US\$). Alors dans ce contexte, pourquoi peut-on quand même parler de réussite de la politique sectorielle de santé au Mali? Surtout parce que les indicateurs nationaux se montrent plutôt positifs.

Premièrement, sur les 500 centres de santé de proximité que compte le pays, on peut dire que 350

sont déjà fonctionnels, ou que 58% d'entre eux sont réellement gérés par les bénéficiaires (5). Autrement dit, il s'agit de centres qui offrent le Paquet minimum d'activités, la performance de couverture, l'équilibre du compte d'exploitation, un personnel en nombre suffisant et une participation de la population dans la gestion. Le taux de couverture sanitaire global a donc fortement augmenté pour atteindre aujourd'hui 50% de la population ayant accès à un CSCOM à moins de 15 km. En outre, 33% de la population utilise effectivement les services d'un CSCOM situé à moins de 5 kilomètres.

A la fin de l'année 1999, c'est plus de deux millions d'habitants qui accédaient nouvellement au PMA. Cette offre du PMA va en outre se voir optimisée par la mise en route de "l'Approche Village". Pour mémoire, sur l'aire de Konio, 21% de la population se situe à moins de 5 km, 63% entre cinq et 15 km et 16% à plus de 15 km.

Deuxièmement, les indicateurs médicaux s'améliorent progressivement. La mortalité maternelle a reculé, on est ainsi passé en cinq ans d'un taux de 700 décès pour 100 000 naissances vivantes à un taux de 577/100 000 (6); 30% des accouchements ont lieu dans



Des femmes arrivent au centre de santé sur des charrettes comme celle-ci

une maternité (79% à Bamako) (7); plus de 47% de femmes en âge de procréer font l'objet de consultation prénatale (81% en milieu urbain) (8); le taux de couverture vaccinale se situe autour de 53% pour les six antigènes du PEV (Programme élargi de vaccination) soit le BCG et les vaccins contre le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, et la rougeole. L'éradication de la poliomyélite semble en très bonne voie et plus de 90% d'enfants de 6 à 59 mois ont reçu une dose de vitamine A au cours des Journées nationales de vaccination (JNV) en 2001.

Troisièmement, il existe dans 17 cercles et zones sanitaires un mécanisme de solidarité et de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales. Autrement dit, le coût moyen facturé au malade de l'évacuation et de la prise en charge d'une intervention urgente de type césarienne ne dépasse pas 30 000 FCFA quand son prix réel serait de 100 000 FCFA en milieu hospitalier urbain. Les services de référence/évacuation sont fonctionnels en permanence dans 15 cercles, notamment grâce au dispositif d'ambulances et de radiocommunication. Comme le remarque Soumana Satao, le président de l'ASACO de Konio : "On est tous pauvres ici, mais en croisant le système de prise en charge du réseau et les solidarités traditionnelles du village, on arrive à couvrir tout le monde".

Il faut s'arrêter sur ce dernier point pour évaluer le fonctionnement du système dit de référence fixant les relations techniques entre le centre de santé (1^{er} échelon) et le cercle (2^{ème} échelon). Pour mesurer l'enjeu des mortalités maternelle et néonatale, il faut savoir que chaque jour au Mali, sur 1538 femmes enceintes, ont lieu 230 cas de complication entraînant la mort de 20 femmes et de 100 enfants lors de l'accouchement (9). Le nombre de césarienne réalisées est donc très loin de couvrir les besoins obstétricaux et la mortalité élevée intervient surtout parmi les urgences (10).

Situé à 35 km de Konio, le cercle de Djenné se trouve dans la partie sud-est de la région de Mopti au cœur du delta central du fleuve Niger. En plus de celle de Konio, Djenné couvre 12 autres aires de santé soit une population de plus de 160 000 habitants essentiellement composée d'agriculteurs, d'éleveurs et de pêcheurs. Le cercle a en fait pour mission d'assurer les prestations d'un petit hôpital avec au moins deux médecins pouvant effectuer de la chirurgie, deux sages-femmes, deux blocs opératoires, un laboratoire d'analyses, une ambulance et ses deux chauffeurs.

Ici à Djenné, si personne ne prononce le mot hôpital, alors que le plateau technique y correspond, c'est sans doute dû à une relative fragilité du dispositif. On va par exemple trouver au cercle des bâtiments neufs et spacieux construits en dur, du matériel perfectionné notamment en radiologie, et un dépôt de médicaments toujours approvisionné. Mais en même temps, l'absence de climatisation dans les salles d'accouchement, le petit matériel parfois défectueux, comme par exemple les tensiomètres, des normes générales d'hygiène pas toujours respectées, et aussi les coupures d'électricité intermittentes décidées par la ville. Ceci dit, avec les moyens du bord et surtout une équipe unie et dévouée, le cercle de Djenné arrive à jouer efficacement son rôle.

"- Djenné pour Konio, Djenné pour Konio, vous m'entendez...?"

- Djenné à l'écoute.

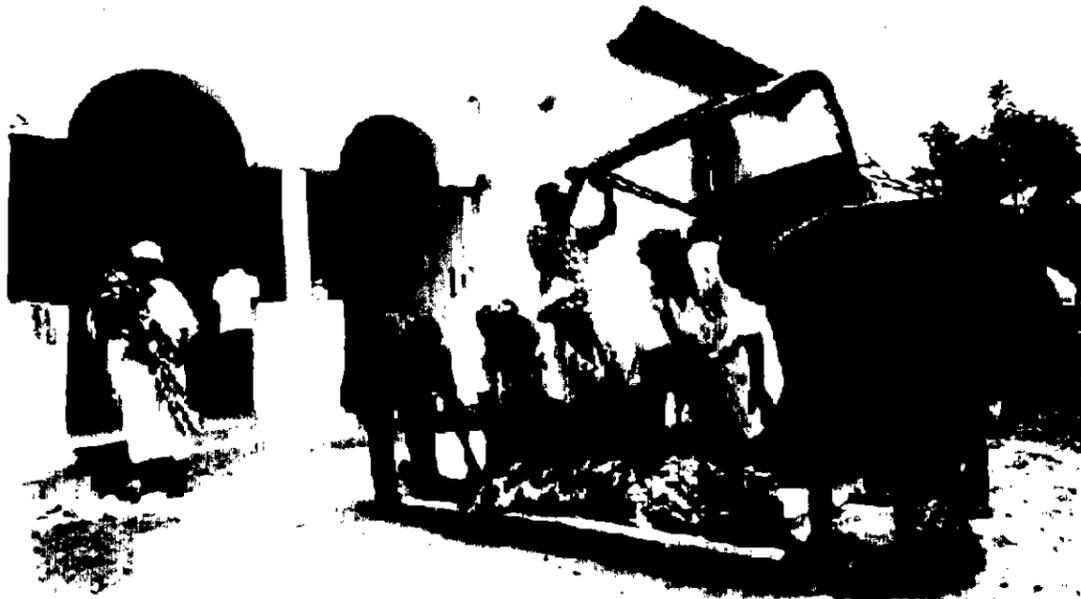
- Ici Ben, nous avons un accouchement avec complication. Il s'agit d'une femme de 41 ans. Je pense qu'on est en présence d'une position transversale. Un demi-bras du bébé avait déjà commencé à sortir, j'ai pu le remettre en place mais je ne peux pas faire mieux. Il y a un risque de césarienne, il faut m'envoyer l'ambulance. A vous...

- Ok, Ben, on fait partir l'ambulance, elle sera là dans environ 45 minutes. Ici Djenné, terminé".

Il est 23 heures, Djenné sous la lune, le système de radiocommunication branché 24h/24, l'infirmière prévient le gardien, le seul à connaître l'emploi du temps du chauffeur de l'ambulance (...). Et environ 50 minutes plus tard la sirène de l'ambulance retentit à Konio pour venir évacuer Fanta.

Voyant le matin qu'elle perdait les eaux, l'accoucheuse traditionnelle recyclée (11) a senti le risque et a conseillé à Fanta de quitter son village de Bougoula pour venir en charrette à Konio. A son arrivée au centre, elle avait déjà une dilatation de 9 centimètres et quand la matrone a vu le bras du bébé sortir aussi vite, elle a immédiatement fait chercher Ben. La Toyota 4X4 garée devant les salles de maternité de Konio, Fanta se lève et se rend elle-même à la voiture pour s'allonger sur le brancard sans broncher. Et Ben d'ajouter : "Elles sont solides les femmes de broussards".

Une fois à Djenné, c'est Fady, la sage-femme de garde qui accueille Fanta. Après l'admission en maternité, Fady cherche tout de suite à confirmer le diagnostic de Ben. Elle commence à chercher l'épaule du bébé, il



s'agit bien d'une position transversale doublée d'un assez gros fœtus. Il n'y a donc pas à hésiter, la césarienne s'impose. Deux heures plus tard, un petit garçon est né, et le père s'empresse de passer le message sur les antennes de la radio locale "Radio Jamana". Il demande à la famille de prévoir d'envoyer du mil, une natte et du bois de chauffage pour la naissance de son fils. Son communiqué sera entendu, tout le monde ici écoute Radio Jamana. Fanta se repose maintenant avec son bébé contre elle, en cas de césarienne on évite le berceau pour s'assurer de l'affection pleine et entière de la mère. Au cercle, on pratique le peau à peau depuis longtemps.

A côté de l'évacuation d'urgence, le cercle a aussi pour mission d'assurer la supervision des centres du premier échelon. Youssouf Maiga, chef du Service de développement social et de l'économie solidaire en précise les contours : "Il ne s'agit surtout pas d'un contrôle mais d'un échange d'expériences. Nous passons régulièrement dans chaque centre de santé et nous essayons de faire un point global avec les équipes, par exemple sur la fréquentation du centre. Nous sommes aussi médiateur entre le chef de poste et l'association de santé communautaire lorsque surviennent des conflits d'intérêt".

Le docteur Seybou Guindo, médecin chef du cercle de Djenné ajoute : "Nous aidons aussi l'infirmier à affiner

ses diagnostics en regardant notamment s'il utilise les arbres de décision à bon escient". Une mauvaise diffusion des programmes de santé publique tient parfois à un petit grain de sable venu s'immiscer dans



les rouages. Exemples : la moto réservée à l'infirmier peut être mobilisée par le président de l'ASACO ou bien le réfrigérateur peut tomber en panne et rendre inutilisable le stock de vaccins, ruinant ainsi toute la politique de stratégie avancée dans les villages les plus reculés. Pas de frigo, pas de moto, pas de couverture

« Nous avons partagé notre mission de service public avec les populations »

Ministre de la Santé depuis février 2000, Fatoumata Nafou-Traoré a largement contribué, depuis plus de dix ans, à la conceptualisation et à la création des centres de santé communautaires.

De quels moyens l'Etat dispose-t-il pour faire respecter la mission de service public allouée aux Centres de santé communautaire?

« Les CSCOM ont une mission de service public minimum que nous leur avons déléguée. Il faut considérer cette stratégie comme un partage de responsabilité. De plus, les ressources qu'ils utilisent proviennent de fonds publics. Notre rôle consiste donc à nous assurer de la bonne marche de ce cahier des charges. A ce titre, je dois reconnaître que nous ne disposons pas encore de l'outil adéquat pour organiser cet audit financier dans les meilleures conditions. Les supervisions et les retours d'informations effectués par le cercle n'ayant pas cette fonction, il nous faudra créer assez rapidement une structure d'évaluation souple et autonome capable de se rendre facilement sur le terrain, et pourquoi pas d'utiliser l'arme de la sanction si nécessaire.

Dans le contexte de la décentralisation votée en 1990 et effective en 1996, l'Etat malien ne s'est-il pas un peu trop désengagé du secteur santé au niveau du premier échelon?

Nous avons actuellement 60% des CSCOM avec un compte d'exploitation excédentaire ou en équilibre et 40% de CSCOM déficitaires parce qu'implantés dans des zones peu densément peuplées comme la partie sahélienne du pays. Dans ce deuxième cas, nous pensons qu'il est effectivement du devoir de l'Etat de subventionner les centres du premier échelon pour alléger leur charge, par exemple en leur accordant une subvention à travers des dotations de ressources aux collectivités décentralisées (communes). Mais dans ce domaine, il nous faut rester vigilant et ne pas exagérer l'octroi de subventions, pour ne pas retomber dans des logiques

d'assistance que le pays a connu dans les années 1980. Nous soumettrons donc ces subventions à des contrats d'objectifs et de moyens. Il faut dire ici que la création en 1999 de 682 nouvelles communes en plus des 19 existantes, s'inscrivant dans le processus de décentralisation, aura entre autres pour effet de contribuer au soutien financier des CSCOM.



Ce fort investissement demandé aux populations maliennes doit-il s'élargir au-delà du domaine de la santé?

Dans un deuxième temps, quand les CSCOM fonctionneront tous à plein régime, on peut imaginer d'utiliser les ressources et bénéfices dégagés par le centre de santé pour renforcer la mobilisation sociale ou pour des activités connexes à la santé. Je répète souvent que la santé, ce n'est pas que de la médecine. Les problèmes de santé sont au moins à 50% des problèmes liés au comportement, à l'insalubrité, à une mauvaise hygiène. Notre pays et nos villages ont encore besoin de points d'eau, d'une meilleure prise en compte de l'importance de la nutrition, et des services sociaux de base. L'essentiel consiste à ancrer dans l'esprit des populations maliennes ce sentiment de responsabilité et de prévoyance par rapport à leur santé, et ainsi les ouvrir plus facilement à la mutualisation par exemple. *Propos recueillis par Fabrice Hervieu-Wane*

SÉRIE 1 - 1999-2001

vaccinale satisfaisante.

Autre aspect de la supervision, s'assurer que les ordonnances restent bien prescrites en Dénomination commune internationale (DCI) (12). La majorité des médicaments essentiels ne sont plus protégés par des brevets. Ils peuvent donc être fabriqués sous leur DCI et sont disponibles sur le marché à un prix bien inférieur à celui des spécialités (13). Mais comme on l'a constaté en avril dernier en Afrique du Sud pour les antirétroviraux, partout où il y a prescription, les grands laboratoires pharmaceutiques multinationaux pointent leurs dents.

Au début des années 1990, l'augmentation du nombre des pharmaciens privés au Mali a d'ailleurs contribué au développement d'un groupe de pression réfractaire à la mise en œuvre de la politique des médicaments essentiels. L'équipe du cercle doit alors redoubler de vigilance, traquer les spécialités et recenser les ordonnances de co-trimoxazole, chloroquine, ferrous sulphate, et autres benzilpenicillin.

De son côté, Joseph Brunet-Jailly, de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) de Bamako, considère que l'on peut encore améliorer le processus de délivrance des ordonnances dans les centres de santé de proximité. "On sait depuis une trentaine d'années comment rationaliser la prescription. Il a fallut

expliquer et convaincre les populations qu'un bon médecin ne recommande ni trop de médicaments, ni forcément des injectables et sait reconnaître les associations de produits déconseillés par le Vidal", affirme le chercheur.

Pour preuve que le message n'a pas atteint toute sa cible, la récente réclamation des habitants du village de Bouani situé à 5 km de Konio. Ils demandent une sorte de pharmacie villageoise à disposition dans l'école pour les petits problèmes de santé des élèves au quotidien. Vrai dilemme. Bien sûr, cela permettrait d'éviter de perdre une journée pour parfois un simple cachet de quinine. Mais si on accorde une telle requête à Bouani, il faudra aussi l'accorder à l'ensemble des neuf autres villages de l'aire par simple souci d'équité. Et surtout, qui assurera la prescription? N'est-ce pas une dangereuse illusion de vouloir former un enseignant de Bouani à dresser des ordonnances?

Non, l'avenir proche semble plutôt à l'embauche par les communautés rurales d'un médecin pour le CSCOM. Au niveau du premier échelon, la loi prévoit en effet "au moins" un infirmier. Depuis déjà une dizaine d'années une minorité agissante de médecins, cette loi bien comprise, amorcent un mouvement d'installation dans les zones rurales, au point que l'on parle même de médecins de campagne. Ils sont



Dites  UI pour les enfants

29

aujourd'hui plus d'une soixantaine dans ce cas, et si quelques-uns travaillent en cabinet privé, la plupart exercent dans les Centres de santé communautaire.

Le nombre potentiel de centres susceptibles d'accueillir un médecin de campagne a été estimé à près de 400 selon l'association Santé Sud (14). Celle-ci a mis en place à Bamako une cellule d'appui aux médecins de campagne, le docteur Yacouba Koné son coordonnateur en présente la philosophie : "Un médecin de campagne gagne deux fois plus qu'un confrère de la fonction publique, et même si pour l'instant l'installation en brousse rebute certains, je suis confiant sur les vocations que pourront susciter les CSCOM. La meilleure solution consiste selon nous à proposer au centre un contrat de performance. La communauté fixe des objectifs au médecin en début d'exercice, par exemple 80% d'enfants vaccinés, 50% de femmes accouchant au centre... S'il ne les atteint pas, il ne touche que son salaire fixe mensuel de 50/60 000 FCFA (environ 92 US\$). S'il remplit son contrat il obtient une plus forte rémunération. Cela le poussera à produire des résultats et ainsi tout le monde y trouvera son compte".

Le Mali ne produit en tous cas pas assez d'infirmiers pour pouvoir satisfaire la planification de l'extension de la couverture. La trop forte centralisation de la formation de cadres moyens dans la capitale ne favorise pas leur affectation dans les régions rurales. C'est le seul véritable facteur menaçant la viabilité de cette réforme de la politique de santé au Mali.

En l'absence de cadres pour diriger les CSCOM, les Maliens risquent de ne pas tous être égaux devant la santé comme le souhaite le gouvernement. D'où la nouvelle responsabilité de l'Etat qualifiée d'incontournable par certains. Le docteur Akory Ag Iknane, coordinateur du GIE Santé pour Tous a dirigé le premier CSCOM du pays à Banconi pendant près de dix ans; il milite pour un meilleur partage des coûts entre gouvernement et communautés : "L'Etat malien s'est un peu trop vite désengagé du secteur santé au niveau local. Il demande aujourd'hui aux ASACOs d'assurer les activités préventives sachant très bien qu'elles n'en ont pas les moyens. On pourrait par exemple imaginer un système d'allocation contractuelle dans lequel l'Etat subventionnerait le CSCOM à hauteur de 2500 FCFA par enfant correctement vacciné. L'ASACO se concentrerait alors plus sur le préventif, améliorerait le taux de couverture vaccinale, et dégageant des bénéfices pourrait réinvestir cet argent de façon à couvrir les charges de personnel, ou s'offrir les services d'un médecin".

Si la proposition retient l'intérêt, il faut cependant rappeler les engagements pris et tenus par l'Etat en contrepartie de sa délégation de service public aux ASACOs. L'effort est substantiel. Actuellement, le Ministère de la santé assure la disponibilité d'un plateau technique de référence et les médicaments essentiels en DCI. Il contribue pour 75% au financement de la construction/réhabilitation du CSCOM, met en place le stock initial de médicaments essentiels en DCI, met sur pied la formation initiale à la gestion du personnel du CSCOM et des membres du bureau de l'ASACO, assume la formation technique du personnel de santé et garantit l'approvisionnement en vaccins et médicaments spécifiques pour le PMA (15).

De plus, mesure d'exception au Mali, les recettes des associations de santé communautaires ne sont pas imposables. L'Etat ne semble donc pas en reste, et au ministère de la Santé on confirme une plus grande implication, y compris sur le plan financier, qu'à l'époque de la gratuité des soins. "Je préfère voir l'Etat subventionner les CSCOMs tout en laissant les CSCOMs recruter et rémunérer leur personnel. Le rôle de l'Etat consiste surtout à subventionner plus là où il y a moins d'habitants et à s'assurer que les centres remplissent leur cahier des charges en matière de service public", affirme Hubert Balique, médecin de santé publique et conseiller au ministère de la Santé.

Véritable changement de paradigme, l'Etat producteur se voit remplacé par l'Etat régulateur. Piste d'avenir, il pourrait notamment exiger du centre de santé de référence, qui dispose en général de marges non négligeables parce qu'il draine une population plus importante, qu'il prenne en charge une partie des dépenses du centre périphérique (16).

Une forme de solidarité en réseau qui ne serait pas sans rappeler le principe de la mutuelle. Cette philosophie mutualiste s'impose d'ailleurs avec de plus en plus d'enthousiasme à l'ensemble des acteurs au Mali. L'idée de prévoyance n'est pas nouvelle dans le monde rural, chaque village a son premier grenier géré par les femmes, son deuxième géré par le chef de village, et son troisième pour lequel tout le monde cotise. Il ne paraît donc pas difficile de s'appuyer sur cette tradition pour l'élargir à la santé.

Forme pré-mutualiste, il existe déjà dans 19 cercles du pays des caisses de solidarité autour de la périnatalité, comme c'est le cas de Djenné par exemple. Au-delà, mutuelles de producteurs de coton, mutuelles de producteurs de riz, mutuelles d'éleveurs...plusieurs dizaines de mutuelles sont actuellement en fonction ou en cours de création au

Mali.

Elles permettent à leurs membres de réaliser l'épargne nécessaire à la couverture partielle de leurs dépenses de santé. Elles se caractérisent par le développement du tiers payant, par la mise en place de filières de soins, et par le conventionnement sélectif des centres à travers des mécanismes d'accréditation. Elles ont donc de sérieuses chances de renforcer la viabilité des CSCOMs. Le niveau de proximité de ces derniers représente une garantie supplémentaire : une solidarité d'envergure nécessite une confiance des adhérents qui est, pour le moment, difficile à obtenir au-delà d'une zone géographique réduite ou d'un corps professionnel bien identifié (17).

"On peut comparer les ASACOs elles-mêmes à des structures pré-mutualistes, elles devraient donc se montrer ouvertes à la création de vraies mutuelles couvrant l'aire de santé. Les paysans maliens ont de toute façon tous le même problème, au moment de la période de soudure, c'est-à-dire de la fin mai au mois de septembre. Il est parfois difficile de trouver même 100 FCFA dans une famille, certains se voient obligés de vendre la récolte de l'année suivante! A partir de ce constat, nous leur proposons de cotiser à hauteur de 12/15 000 FCFA pour l'année en une fois après la récolte", explique Oumar Ouattara, directeur général de la Mutualité malienne.

Après la récolte, au moment de l'hivernage, l'aire de Konio est en partie inondée et donc largement impraticable. Certains villages restent même isolés de juillet à janvier! Ce qu'il faudrait à Ben pour lui permettre de sillonner la zone en toute tranquillité, c'est une pirogue aux abords de chacun des villages pris sous la crue du Bani. Mais pas n'importe quelle pirogue. Une pouvant supporter la tonne, et transporter sans encombre sa moto qui lui sert tant. Les négociations sont en cours, mais cela ne devrait pas poser de difficultés, la vallée est un vivier de pêcheurs.

Une contribution de Fabrice Hervieu-Wane

Notes

(1) A Menaka, le centre mobile a battu le record d'environ 1 000 consultations en un mois et demi, ce que l'ancien centre fixe n'avait pas fait en un an.

(2) Seul 11% des populations maliennes accèdent à l'eau potable par le robinet et le reste soit par puits ou forages.

(3) Le banco est un mélange d'argile et de paille de riz servant à la fabrication des briques de terre crue et à

leur assemblage.

(4) Didier Fassin, "Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar", Collection Les champs de la santé, PUF, Paris, 1992.

(5) Rapport annuel SIS 1999.

(6) Enquête Démographique et de Santé 1995-97, EDS 2000 en cours, résultats attendus en juin 2001.

(7) Hubert Baliq, "Le Mali : un système de soins en pleine transformation", Médecine Tropicale, 58, 4, 337-342, 1998.

(8) "Situation des femmes au Mali cinq ans après la conférence mondiale de Beijing. Rapport National", Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, Bamako, 2000.

(9) Dépêche AFP du 28/04/2001.

(10) Jean-François Etard, "Etude de la mortalité maternelle dans le quartier de Banconi à Bamako", Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, 1995.

(11) Les accoucheuses traditionnelles recyclées sont des femmes du village qui ont toujours accouché à domicile et qui ont accepté de recevoir une formation à l'hygiène et à la détection de situation à risque.

(12) La DCI est une version abrégée du nom chimique fondée sur le principe actif utilisé et le nom commercial donné par le fabricant.

(13) Un exemple, les 20 comprimés de Nivaquine coûtent 880 FCFA alors que les 20 comprimés de Chloroquine, le générique, coûtent 160 FCFA.

(14) "La médicalisation des zones rurales d'Afrique subsaharienne. L'expérience des médecins de campagne du Mali", Association Santé Sud-Association des médecins de campagne du Mali, Bamako, 1998.

(15) Akory Ag Iknane, Modibo Kadjoke, Ismaila Camara, Many Camara, "La santé communautaire au Mali : Etudes des aspects juridiques, réglementaires et de l'économie politique", GIE Santé Pour Tous, Bamako, 2000.

(16) Joseph Brunet-Jailly (dir.), "Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest", Collection Hommes et Sociétés, Karthala, Paris, 1997.

(17) "Rapport sur la revue de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako", OMS/UNICEF/Gouvernement du Mali, Bamako, 1999.



L'encadrement de la petite enfance

Pendant longtemps au Mali, l'encadrement de la petite enfance (0-6 ans) a été confié au Ministère du développement social. A cette époque, il s'agissait de faire une éducation préscolaire formelle. Des jardins, garderies d'enfants, écoles maternelles et crèches ont été ouverts et ont fonctionné avec plus ou moins de bonheur. En dépit des services précieux que ces institutions offraient, elles n'ont pas tardé à montrer leurs limites. Insuffisantes en nombre, coûteuses, situées essentiellement en milieu urbain et accueillant surtout des enfants de familles aisées, elles scolarisent moins de 2% des enfants.

L'état des lieux de la petite enfance, co-financée par la Banque mondiale, l'Etat malien, les Communautés, l'UNESCO et l'UNICEF, a montré que l'encadrement des enfants de 0 à six ans est traditionnellement assuré par la famille immédiate et complété par des tiers-intervenants (voisins, personnes âgées). Les structures traditionnelles d'éducation les plus répandues demeurent l'école coranique et les garderies non conventionnelles qui ont un contenu pédagogique très peu structuré. L'apprentissage en ces lieux est surtout basé sur le développement d'activités faisant appel à la mémorisation avec comme souci majeur de donner une éducation religieuse. Les encadreurs sont peu ou pas du tout informés des droits de l'enfant et les abus, notamment les sévices corporels, y sont courants. Les aspects liés à la santé et à la nutrition ne sont pratiquement pas pris en compte et beaucoup d'enfants



fréquentant ces structures ne sont pas vaccinés.

Or, le développement de la petite enfance, notamment l'accès à une éducation et un encadrement préscolaire de qualité, constitue un élément critique conditionnant dans une large part la réussite scolaire des futurs apprenants. C'est pourquoi, dans le cadre de la mise

en œuvre du Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC), l'option a été prise de s'orienter vers la promotion de stratégies basées sur l'initiative communautaire. Pour ce faire, la Direction nationale de l'éducation de base au Mali a élaboré deux programmes à mettre en œuvre de façon concomitante :

- Le renforcement des acquis pour accompagner l'initiative privée et développer le programme de jardins, garderies d'enfants, écoles maternelles et crèches



Clos d'enfants de Bamako



Clos d'enfants de Bamako

dans les milieux urbains ;

- La mise en place de structures d'encadrement, légères, peu coûteuses, créées et animées par les communautés elles-mêmes et mettant en œuvre des programmes de développement cognitif, sanitaire, nutritionnel, d'hygiène et de sécurité. Elles doivent concourir à la promotion d'une éducation préscolaire populaire et de qualité, notamment à travers les jardins d'enfants communautaires appelés clos d'enfants.

L'UNICEF a ainsi appuyé la préparation et la tenue d'un atelier national de réflexion sur la politique de la petite enfance. Cet atelier, qui a regroupé tous les directeurs régionaux de l'éducation, les inspecteurs, les éducateurs préscolaires et d'autres acteurs de

l'encadrement de la petite enfance, a permis d'élaborer une politique nationale de la petite enfance intégrée dans le PRODEC. Cette politique nationale a été basée sur les conclusions du précédent état des lieux de la petite enfance. La Direction nationale de l'enseignement de base, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, a organisé un atelier de révision du cursus et des programmes de formation de l'Ecole de formation des éducateurs préscolaires. Deux autres ateliers complémentaires ont permis la formation de 45 formateurs à l'utilisation des programmes et du guide pédagogique pour les jardins d'enfants, ainsi que la formation de 75 encadreurs/encadreuses de clos d'enfants aux techniques d'animation et d'éveil du jeune enfant et de 173 éducateurs préscolaires. Le programme a également assuré la formation de mères éducatrices et des membres des comités de gestion de centres de développement de la petite enfance dans 10 Communes rurales.

Au titre du démarrage de ces activités, dix clos d'enfants ont été ainsi créés avec l'appui de l'UNICEF dans la région de Koulikoro.



Cantine scolaire dans la région de Mopti

L'UNICEF fait la promotion de l'Ecole Amie des Filles

Le Mali est l'un des pays les moins scolarisés d'Afrique sub-saharienne. Cette situation s'explique par de nombreux facteurs tels que les ressources financières insuffisantes pour couvrir les besoins, le manque d'infrastructures scolaires et de personnel enseignant qualifié, l'analphabétisme élevé, en particulier celui des femmes dans les zones rurales, les coûts d'opportunité liés à la scolarisation, mais aussi des facteurs tels que l'importance des travaux domestiques et les mariages précoces qui freinent fortement la scolarisation des filles. Selon la Cellule de planification et de statistiques du Ministère de l'éducation, le taux brut de scolarisation était de 60,8%

en 1999/2000, avec des disparités importantes entre filles et garçons (49,9% contre 72%), entre villes et campagnes et entre différentes régions.

Au regard de ce tableau, et compte tenu de son importance dans le développement du pays, l'éducation constitue une priorité des autorités maliennes qui ont initié en 1998 le Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC). Des plans d'action ont été élaborés pour les diverses composantes du Programme, avec un accent particulier sur l'accès, le maintien et les performances des filles à l'école.

L'Ecole Amie des Enfants, Amie des Filles

Cette approche, basée sur les articles pertinents en matière d'éducation de la Convention relative aux droits de l'enfant, vise une éducation de qualité pour tous les enfants, en mettant l'accent sur cinq dimensions :

1. intégrer tous les enfants sans distinction et sans discrimination ;
2. promouvoir un apprentissage efficace et réussi avec un contenu pertinent, tout en favorisant l'expression et la participation des enfants ;
3. offrir un environnement sain, convivial et protecteur ;
4. porter une attention particulière aux filles ;
5. dialoguer et collaborer avec la communauté pour la gestion de l'école et le soutien à l'apprentissage des enfants.

Pour réaliser tous les droits de l'enfant, l'Ecole Amie des Enfants au Mali doit tenir compte de la situation d'exclusion encore trop fréquente que vivent les filles par rapport à l'école. Pour que les filles aient les mêmes chances que les garçons à l'école et dans la vie, l'école doit être accueillante pour les filles, et remédier aux inégalités liées au genre. Cette volonté devrait permettre aux filles de réaliser leurs potentialités et de s'épanouir dans une école... amie des filles.



Selon la Cellule de planification et de statistiques du Ministère de l'éducation, le taux brut de scolarisation était de 60,8% en 2000, avec des disparités importantes entre filles et garçons (49,9% contre 72%), entre villes et campagnes et entre différentes régions.

sensible des taux de scolarisation. A Kayes, le taux brut de scolarisation des filles est passé de 35,9% au démarrage du projet en 1998 à 45,1% en 2000; à Mopti, il est passé de 24,6% à 37,1% pour la même période.

Les efforts visant à créer dans 112 écoles un

A l'instar des autres partenaires techniques et financiers, l'UNICEF est aussi partie prenante dans ce vaste programme éducatif. Son appui s'articule autour des éléments suivants :

- la construction et la réhabilitation d'infrastructures scolaires pour élargir la base du système ;
- l'équipement des écoles en mobilier et manuels scolaires ;
- la formation initiale et continue des maîtres ;
- la mobilisation sociale pour la scolarisation des filles ;
- le lancement de l'approche Ecole Amie des Enfants, Amie des Filles.

En 2001, le Programme a appuyé la construction de 32 nouvelles écoles dans 20 localités de la région de Mopti et 12 dans celle de Kayes. Le nombre d'écoles couvertes est ainsi passé de 101 à 131 écoles dans les régions cibles que sont Kayes et Mopti. Les constructions et l'ensemble des actions menées au niveau des deux régions ont permis une augmentation



environnement favorable à l'épanouissement de l'enfant et un enseignement/apprentissage efficace se sont poursuivis. Ainsi, les 22 écoles construites en 2000 avec l'appui de l'UNICEF, dont 12 à Mopti et 10 à Kayes, ont été équipées en mobilier scolaire, en tables-bancs, armoires, bureaux et chaises confectionnés et acheminés dans les écoles par les menuisiers des régions concernées. En outre, 54 écoles de la région de Kayes ont été dotées en matériel didactique et en manuels scolaires.

Dans la perspective d'une plus grande implication des Associations de parents-d'élèves (APE) dans la gestion de l'école, le Programme a appuyé la formation de formateurs et l'encadrement par des ONGs des membres des comités de gestion de 112 écoles sur des questions telles que la bonne gouvernance et la gestion de l'environnement de l'école. Les contenus de formation ont porté sur la légitimité, la légalité, l'adhésion, les principes démocratiques, les indicateurs de bonne gouvernance, l'organisation administrative et le fonctionnement des bureaux APE (contexte juridique et réglementaire, missions, organisation et structuration, rôles et responsabilités, périodicité des réunions, assemblées générales, importance de la communication dans une organisation sociale comme l'APE), ainsi que sur le partenariat et la mobilisation



Deux jeunes filles échangent des notes après un cours, Lafiabougou, quartier de Bamako



des ressources humaines et financières, et la gestion des cantines scolaires. Le choix de ces contenus s'explique par les résultats de l'étude diagnostic réalisée par les ONGs dans 18 communautés de la région de Kayes et 20 communautés de la région de Mopti. Ces résultats indiquent que les bureaux APE connaissent une certaine léthargie à cause du mode de désignation des membres (très souvent non démocratique) et du mode de fonctionnement (insuffisance de la communication interne et externe, méconnaissance de leurs rôles et responsabilités, très faible représentation des femmes).

En 2001, l'UNICEF a signé un protocole d'accord avec quatre ONGs partenaires, l'OMAES, AMPRODE Sahel, GUAMINA et STOP Sahel. Celles-ci travaillent à la base avec les populations. Elles ont effectué un important travail de sensibilisation des communautés pour l'inscription des filles à l'école, avec le recrutement des élèves sur la base de la parité filles/garçons, et le suivi de la fréquentation scolaire. Elles ont contribué à la mise en place des cantines scolaires, qui sont un facteur de motivation pour la scolarisation des filles. Elles ont également formé les membres des bureaux des APE ou des comités de gestion scolaire pour leur engagement dans l'inscription et le maintien des filles à l'école.

En outre, ces ONG ont permis un renouvellement plus démocratique des bureaux des APE en obtenant la présence de femmes dans chaque bureau. Elles ont insisté sur la nécessité d'augmenter la proportion de femmes parmi les élèves-maîtres de façon à accroître la proportion de femmes enseignantes. Toutes les écoles construites dans le cadre de ce programme disposent de latrines séparées filles/garçons.

L'approche Ecole Amie des Enfants, Amie des Filles a été lancée en 2001 et porte une attention particulière sur l'accueil et l'égalité des chances entre filles et garçons à l'éducation (voir encadré). Enfin, l'UNICEF participe comme chef de file à la Commission scolarisation des filles, chargée de coordonner les interventions dans ce domaine et de proposer des stratégies pertinentes.

La formation initiale des maîtres: des avancées notables, mais encore des défis à relever

L'insuffisance en nombre et la fréquente sous-qualification des maîtres constituent des contraintes majeures au développement du système éducatif au Mali. Les autorités éducatives maliennes estiment à 2 500 par an le nombre de maîtres à former pour atteindre les objectifs du Programme décennal

Le déficit d'enseignants se traduit par des ratios élèves-maîtres très élevés atteignant parfois 75 élèves pour un maître.



Kayes et à Sévaré, fonctionnels depuis 1999. En 2000-2001, ces IFM comptaient 1 972 élèves-maîtres, dont 587 femmes, soit 30% du total. Il existe au Mali six IFM avec un effectif global de 4 555 élèves-maîtres dont 1 415 femmes. Les IFM de Kayes et Sévaré contribuent donc à la formation de 43% des élèves-maîtres du Mali.

En 2001, les deux nouveaux IFM ont bénéficié de livres et de manuels pour leur bibliothèque et de la construction supplémentaire de trois classes chacun. En effet, la forte augmentation des effectifs de ces établissements rendait nécessaire

de développement de l'éducation (PRODEC), à savoir un taux brut de scolarisation de 95% en 2010.

Le déficit d'enseignants se traduit par des ratios élèves-maîtres très élevés atteignant parfois 75 élèves pour un maître. Ce déséquilibre entre offre et demande a pour conséquence une détérioration de la qualité de l'éducation. La pénurie d'enseignants est encore plus accentuée dans les régions de Kayes et de Mopti, qui, avec celles du Nord, semblent les moins attractives pour les enseignants. Une telle situation justifie l'implication de l'UNICEF dans son soutien aux efforts du Gouvernement à développer et à décentraliser les capacités de formation initiale des maîtres. C'est ainsi que l'UNICEF a appuyé la création, la construction et l'équipement de deux Instituts de formation de maîtres (IFM), à



Les Plans de développement éducatif de cercle (PDEC)

La «Planification de gestion décentralisée» de l'éducation constitue une composante stratégique de la contribution de l'UNICEF à la mise en oeuvre du Programme décennal de développement de l'éducation (PRODEC). Il s'agit de rendre opérationnelle la politique d'éducation au niveau du cercle, et en partant du cercle, la région ayant un rôle d'appui et de coordination. C'est dans ce cadre que sont élaborés les Plans de développement éducatif de cercle (PDEC). Les 15 cercles des régions de Mopti et de Kayes sont engagés dans ce processus. Le premier plan a été achevé dans le cercle de Djenné en 2001. Ceux de Ténenkou, Mopti, Bandiagara et Kayes sont en cours. Les 10 autres doivent être largement entamés avant la fin de l'année 2002.

Le cercle élabore son plan de développement éducatif à partir de ses réalités propres, mais en tenant compte des objectifs, normes et standards du PRODEC. Le dispositif de mise en oeuvre repose sur l'Equipe de cercle qui réalise le plan de développement éducatif selon les étapes principales suivantes:

- le diagnostic de la situation éducative du cercle ;

- l'analyse du diagnostic ;
- l'élaboration du plan théorique ;
- la négociation et la finalisation du plan ; et
- la validation aux niveaux local et régional.

Le PDEC constitue ainsi un outil d'identification et de gestion participative du développement de l'éducation au niveau local dans le contexte de la décentralisation. Cette approche constitue une première dans le système éducatif malien.



l'extension des capacités d'accueil qui ont enregistré 932 nouveaux élèves-maîtres inscrits en 2000-2001, soit une augmentation de 91%. En outre, 44 professeurs de ces Instituts ont bénéficié d'une formation sur les questions de genre avec des thèmes portant sur les droits des femmes et des filles ou encore sur les pratiques pédagogiques visant à garantir l'équité entre filles et garçons.

A travers son appui aux IFM, l'UNICEF souhaite contribuer au renforcement de la décentralisation des capacités de formation initiale et à l'amélioration de l'accès des femmes à la profession d'enseignant. L'atteinte de ces objectifs passera nécessairement par l'adoption de mesures d'accompagnement de la part de l'Etat et des responsables des instituts de formation.

Programme Développement

Dans le cadre du volet «Appui à la décentralisation», l'UNICEF a appuyé en 2001 la formation de conseillers de Cercle et de conseillers communaux en gestion décentralisée. 60 responsables des services techniques et 214 élus communaux et de Cercle de la région de

Mopti ont ainsi bénéficié d'une formation en gestion des services de base, de l'Etat civil, du patrimoine communal et des services communaux.



e programme protection a pour objectifs (i) de créer un environnement favorable à la jouissance par les enfants de leur droits, par le renforcement du cadre juridique, la promotion, l'appropriation et la défense des droits, et (ii) d'assurer une meilleure insertion économique et sociale des femmes et des enfants ayant besoin de protection spéciale, avec leur pleine participation et responsabilisation.

Codes de protection de l'Enfant et de la Famille

Après l'adoption du nouveau Code pénal, le Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et le Ministère de la justice sont maîtres d'œuvre pour l'élaboration et l'adoption des Codes de protection de l'enfant et de la famille. Ces codes constituent des instruments clés qui abordent tous les domaines relatifs aux droits des enfants et contribuent au renforcement

du cadre juridique par l'harmonisation des codes avec les conventions internationales. Afin de faciliter le processus d'élaboration et de validation de ces deux codes, l'UNICEF a apporté un appui technique et financier, notamment à travers l'expertise des administrateurs du programme Protection, la mise à disposition de la documentation et des expériences d'autres pays (code de l'enfant du Québec, code de la famille de la Tunisie).

Justice des mineurs

En 2001, le programme Protection s'est employé à plaider et à faire accepter à la société malienne la nécessité pour les enfants en situation de conflit avec la loi de pouvoir jouir pleinement de leurs droits. C'est ainsi que la justice des mineurs est devenue une des préoccupations majeures du Gouvernement malien.

Le mot Garibou remonte à la période de la dynastie du roi Sékou Amadou (1818-1862). Il viendrait du mot arabe « Arebu » qui signifierait « étranger » ou « venu d'ailleurs ». Aujourd'hui, le mot Garibou renvoie aux enfants des écoles coraniques pratiquant la mendicité conformément à la doctrine de ce système. Avec la prolifération des écoles coraniques, le nombre de Garibous va croissant, devenant un phénomène social préoccupant pour les pouvoirs publics.

Pour faire la lumière sur ce phénomène, une première étude a été initiée dans la région de Mopti par la Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire en partenariat avec la Direction régionale de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille. L'étude, réalisée par Save the Children UK avec l'appui de l'UNICEF, a permis d'identifier les problèmes rencontrés par les enfants Garibou. Ceux-ci connaissent des situations d'exploitation allant de l'insuffisance des mesures d'hygiène élémentaires dans les écoles au manque de formation professionnelle et de loisirs, et aux abus physiques.

Ce délicat problème mérite qu'on lui trouve une solution non-partisane qui, sans blâmer l'enseignement coranique en tant que tel, permettrait aux enfants de s'épanouir pleinement dans ces écoles.



Dans ce domaine, l'appui de l'UNICEF au Ministère de la justice (Direction nationale des affaires judiciaires et du sceau, l'Institut national de formation judiciaire) et au Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, s'est plus particulièrement concentré sur l'élaboration et la validation d'un Guide du formateur pour la Justice pour Mineurs. Un consensus sur les définitions a été adopté lors de l'élaboration du Guide, ainsi qu'une définition claire de la justice juvénile. L'atelier de validation du Guide a permis la formation d'une quarantaine de responsables issus des services techniques (sécurité publique, justice, affaires sociales, administration pénitentiaire), du milieu judiciaire (avocats, magistrats) et des associations/ONG. Après

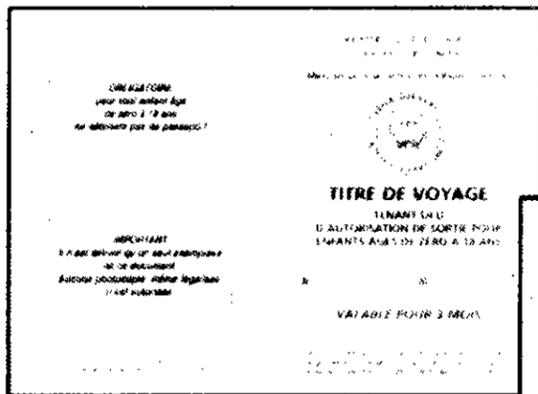
la formation, les magistrats ont traité les dossiers des enfants en détention dans leurs zones. Ainsi, plus aucun enfant n'était en détention à Mopti à la fin de l'année 2001. A Nioro, le système de médiation sociale proné par les autorités religieuses est respecté, et la prison ne contient aucun enfant.

SESSION 3
La Convention relative aux droits de l'enfant
 Présentation générale de la Convention sur les droits de l'enfant

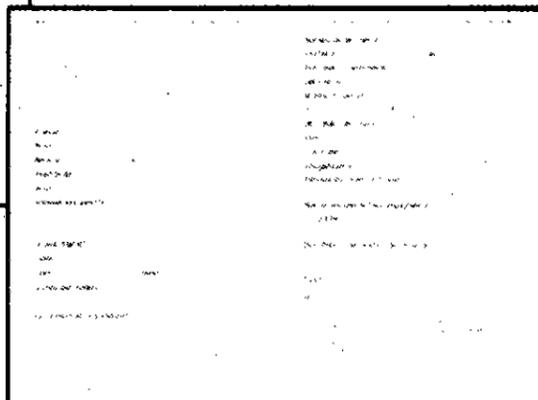


La lutte contre le trafic des enfants

Outre la Convention relative aux droits de l'enfant, le Mali a également ratifié les conventions 182 et 138 de l'Office international du travail (OIT) respectivement relatives aux pires formes de travail des enfants et à la définition de l'âge minimum pour le travail des enfants. Depuis 1995, le Mali a fait œuvre de pionnier dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, en matière de lutte contre le trafic des enfants. C'est ainsi qu'en 2000, le Mali et la Côte d'Ivoire ont signé un accord de partenariat afin de lutter contre ce fléau. Les actions et les stratégies à mettre en œuvre sont consignées dans le Plan national d'urgence de lutte contre le trafic des enfants, dont les principales composantes sont la collaboration internationale pour le rapatriement, la prévention et la mobilisation sociale, le plaidoyer, l'insertion socio-économique des enfants victimes de trafic et la



Une copie du Titre de voyage en recto verso. Ce document est désormais requis pour tous les enfants maliens de 0 à 18 qui désirent effectuer un voyage hors du Mali



Les interventions en faveur des enfants de la rue concernent surtout leur réinsertion socio-éducative qui se fait à travers les Centres d'écoute ouverts à cet effet. Les activités initiées par le programme dans ce domaine concernent essentiellement l'appui aux activités d'éducation non-formelle et de formation professionnelle, ainsi que la formation des éducateurs sociaux.

Centres d'écoute

Les Centres d'écoute sont des espaces qui accueillent les enfants en situation difficile et leur offrent des opportunités de réinsertion dans la vie active ou dans le système éducatif. La solution ultime recherchée, bien entendu, est le retour de ces jeunes dans leurs familles respectives. Les Centres sont, pour la plupart, aux soins d'ONGs telles que Enda Tiers Monde, Caritas, Fondation pour l'enfance, qui les animent et qui font de la recherche active (tournées de rue) afin d'identifier de nouveaux enfants et les amener vers les Centres. En plus d'un cadre convivial, les Centres d'écoute tiennent lieu également de centres d'information et de sensibilisation aux problèmes liés à la santé reproductive, les maladies sexuellement transmissibles/VIH/SIDA, les méfaits de la drogue, etc.

L'UNICEF apporte une contribution au fonctionnement de ces Centres d'écoute, sous forme d'équipement, d'appui logistique (moto et carburant) pour les éducateurs sociaux, et de financement des frais d'animation.

En 2001, plus de 700 enfants vivant dans la rue, souvent analphabètes ou déscolarisés ont pu bénéficier auprès des centres d'écoute communautaires de services d'accueil, d'écoute, d'orientation et de réinsertion dans les districts de

Bamako, de Ségou et de Mopti. Le Centre d'écoute de la Fondation pour l'Enfance de Mopti enregistre le passage de 28 enfants par jour en moyenne. Il convient de noter que 80% des enfants accueillis sont des « Garibou ».



Enfants de la rue dans un Centre d'écoute de Mopti

coordination et le suivi.

L'UNICEF appuie et soutient les efforts du gouvernement malien dans les domaines de la communication, de la sensibilisation, du plaidoyer, de la réhabilitation, et de la réinsertion des enfants rapatriés de pays tiers, en particulier de la Côte d'Ivoire voisine, comme il a été donné de le voir au cours de ces dernières années. L'UNICEF apporte également sa contribution à la formation des agents des services de sécurité (policiers, gendarmes), aux auxiliaires de la justice, aux agents des services techniques de l'Etat et aux ONGs. La dotation en moyens logistiques et en équipements divers sont d'autres aspects de l'engagement de l'UNICEF dans la lutte contre le trafic d'enfants. L'UNICEF n'est pas la seule organisation à



PROTECTION DE L'ENFANT



appuyer les efforts du gouvernement malien en matière de lutte contre le trafic des enfants. Ainsi d'autres organisations telles que Save the Children-Canada, la Coalition malienne pour les droits de l'enfant (COMADE), Plan international, le Programme IPEC/BIT, l'Office des migrations internationales (OIM) collaborent ensemble, sous la coordination des autorités maliennes.

Au cours de l'année 2001, plus de 300 enfants ont été rapatriés et six centres d'accueil ont été créés et renforcés à Sikasso, Mopti, Ségou et Bamako. En outre l'Etat malien a instauré un Titre de voyage tenant lieu

d'autorisation de sortie hors du pays pour les enfants de 0 à 18 ans et a procédé au renforcement du dispositif juridique grâce à l'obtention d'une modification de l'article 244 du code pénal donnant au trafic un caractère criminel. En outre, les contrôles de police et de gendarmerie aux frontières ont été renforcés. La sensibilisation des communautés pourvoyeuses s'est accélérée grâce à des campagnes d'information et des causeries débats et l'implication des familles et des communautés dans les comités de surveillance. Suite à l'élaboration de plans d'action régionaux auprès des élus locaux et des communautés dans les régions de Mopti, Sikasso, Ségou et Koulikoro, le Ministère de

Lutte contre le travail des enfants

Grâce à l'appui de l'UNICEF, 490 enfants travailleurs (200 filles et 290 garçons) ont été alphabétisés et sensibilisés par le Programme national de lutte contre le travail des enfants (IPEC/BIT) et ENDA Tiers Monde sur les risques et la façon de se protéger contre le VIH/SIDA. L'expérience de l'accompagnement scolaire des enfants apprentis se poursuit dans le district de Bamako avec l'ONG AJA-Mali et dans la commune de Ségou avec Mali Enjeu.

Réhabilitation à base communautaire

Trois cent parents, plus de 500 enseignants et conseillers pédagogiques ont été formés par l'Association malienne

de lutte contre la déficience mentale chez l'enfant (AMALDEME) sur les techniques de réhabilitation à base communautaire et de pédagogie intégratrice. Plus de 800 enfants vivant avec un handicap ont été identifiés et suivis.

Insertion socio-économique et alphabétisation des femmes

Plus de 1 800 femmes des régions de Mopti et de Bamako ont été alphabétisées par l'Association des femmes éducatrices du Mali (AFEM) et ont eu accès à des séances d'information et de sensibilisation sur l'excision, la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.



de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et l'UNICEF ont accompli plusieurs missions conjointes de suivi et de supervision dans ces mêmes régions.

Du 11 au 14 août 2001, Bamako a abrité la première rencontre de suivi du protocole d'accord de coopération Mali-Côte d'Ivoire. A cette occasion le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre était représenté. Au niveau de cette région, l'accord Mali-Côte d'Ivoire inspire beaucoup d'autres pays confrontés aux mêmes problèmes. C'est ainsi que le Gabon et le Cameroun ont proposé une convention sous-régionale sur le rapatriement des enfants pour le premier et un protocole d'accord bilatéral sur le trafic d'enfants pour le second. La contribution financière de l'UNICEF au titre de l'année 2001 s'est élevée à 185 millions FCFA (environ 247 000 US\$), provenant de ses fonds propres et d'autres ressources allouées par les gouvernements de Norvège et d'Allemagne.

IV. PLAIDOYER ET EVENEMENTS SPECIAUX



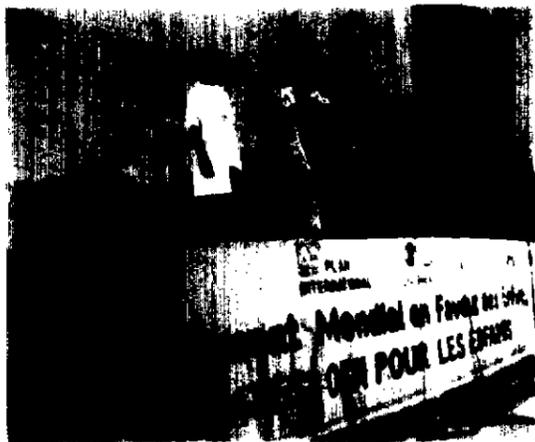
Dites 'Oui' pour les enfants

« Nous faisons tous partie du Mouvement mondial en faveur des enfants. Nous tous, sans exception: tous les citoyens de tous les pays. Tous les organismes publics et privés. Tous les dirigeants nationaux. Tous les enfants et tous les adolescents.

Les changements qui s'imposent pour protéger les droits des enfants et améliorer de façon durable leur situation passent en premier lieu par nos actions, à nous tous : vous, les mères et les pères. Vous, les enseignants et les élèves. Vous, les professionnels de tous les domaines. Vous, les enfants et les jeunes, qui tenez l'avenir dans vos mains.

Nous devons tous unir nos efforts et coopérer sur un pied d'égalité. Nous devons écouter attentivement ce que les jeunes ont à dire et toujours leur donner la possibilité de s'exprimer. Nous devons nous tourner vers eux et leur donner les moyens de participer à nos processus décisionnels. Il ne suffit pas de changer le monde dans l'intérêt des enfants. Le Mouvement mondial entend changer le monde avec les enfants.»
Nelson Mandela.

En prenant la tête du Mouvement mondial en faveur des enfants, Nelson Mandela et Graça Machel, deux grands défenseurs des droits humains à l'échelle internationale, demandent aux chefs de file et responsables de tous les secteurs de créer un monde où tous les enfants ont le droit à la dignité, à la sécurité et à l'épanouissement personnel.



Lancement de la Campagne 'Dites Oui', Bamako - Mali, avril 2001

Qu'a fait le Mali ?

Lancée au Mali en avril 2001 dans le cadre de la préparation du Mali à la Session spéciale des Nations unies sur les enfants, le Mouvement national en faveur des enfants et la campagne « Dire oui pour les enfants » ont tenté de mobiliser les Maliennes et Maliens, les leaders d'opinion et politiques en faveur des dix impératifs clés suivants :

1. N'exclure aucun enfant ;
2. Donner la priorité aux enfants ;
3. Nous occuper de chaque enfant ;
4. Lutter contre le VIH/SIDA ;
5. Mettre fin à l'exploitation des enfants et au mal qui leur est fait ;
6. Ecouter les enfants ;
7. Eduquer tous les enfants ;
8. Protéger les enfants de la guerre ;
9. Protéger la terre pour les enfants ;
10. Lutter contre la pauvreté : Investir pour nos enfants.

L'ancien Président de la République du Mali, SEM Alpha Oumar Konaré, a procédé le 9 septembre 2001 au lancement officiel de la « décennie pour une culture des droits de l'enfant 2001- 2010 ». Celle-ci vise à engager l'ensemble des acteurs de la société malienne en faveur des enfants, lesquels ont été invités, dans le cadre du Parlement des enfants, à élaborer un document reflétant leurs préoccupations au regard des contraintes pesant encore sur la réalisation pleine et entière de leurs droits.

Sans être en reste, des artistes maliens ont confectionné une toile géante portant la signature, gage d'engagement, de toutes les personnalités commises pour la cause des enfants et pour l'édification d'un Mali digne des enfants.

Du 7 au 8 mai 2001, Madame Adame Bâ Konaré, alors Première Dame du Mali, a présidé à Bamako (Mali) le



PLAIDOYER ET ÉVÉNEMENTS SPÉCIFIQUES

forum «Vision 2010 sur la Réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre ». Cette rencontre a vu la participation et l'engagement des Premières Dames du Mali, du Gabon, du Nigéria, du Sénégal, du Burkina Faso, du Bénin, de la Guinée, et du Ghana. Cette rencontre, organisée par le Mali avec l'appui technique et financier du FNUAP, de l'USAID, du Ministère de la promotion de l'enfant et de la famille, du Ministère de la santé et de l'UNICEF, s'est concrétisé par une Déclaration de Bamako, laquelle exprime la détermination des Premières Dames à contribuer activement à une réduction de moitié du taux de mortalité maternelle et néonatale dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre d'ici 2010.

Des représentants de l'Etat malien, de la société civile et du Parlement des enfants ont également participé au Forum panafricain spécial sur l'avenir des enfants

en Afrique, organisé par l'Organisation de l'unité africaine (OUA) et le gouvernement égyptien du 28 au 31 mai 2001 au Caire. Le Forum a recommandé la création d'une alliance rassemblant les gouvernements, les organisations de la société civile et les associations de jeunes dans le cadre du Mouvement mondial en faveur des enfants. Le Forum a également adopté une position africaine commune en vue de la préparation de la Session spéciale des Nations unies sur les enfants.

Voulant aller plus loin, les chefs traditionnels de huit pays africains, dont le Mali, se sont réunis à Niamey à l'occasion d'un colloque sous-régional sur la survie, le développement et la protection des enfants. L'objectif du colloque était d'obtenir l'engagement des chefs traditionnels en faveur de la vaccination, de la promotion et de la défense des droits des femmes et des enfants. Les chefs traditionnels ont notamment



Les Premières Dames d'Afrique de l'Ouest et du Centre lors du forum 'Vision 2010' sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Bamako - Mali, mai 2001

Témoignage de Cheick Oumar Cissoko, Cinéaste-Réalisateur malien

Le Forum panafricain pour l'avenir des enfants tenu au Caire en 2001 a révélé les points suivants: (i) les enfants ont décidé de s'impliquer dans toutes les questions relatives à leur survie, et à leur développement signifiées dans la Convention relative aux droits de l'enfant; (ii) des stratégies de mobilisation sociale, d'alliances et de partenariat naissent pour la promotion d'une culture des droits de l'enfant; (iii) les Premières Dames des pays africains montent en première ligne du Mouvement mondial et apportent leur voix au slogan: 'Dites oui pour les enfants'.



Un mouvement mondial est engagé pour les enfants. Il est irréversible.

Au Caire, j'ai retenu deux déclarations qui résument et situent l'urgence de la situation des enfants et les responsabilités des plus hautes autorités de la planète, interpellées sans grande suite depuis le premier sommet mondial sur les enfants de 1990:

1. de Carol Bellamy Directrice Générale de l'UNICEF: "en ce début du millénaire, quelques millions d'enfants, pour la plupart en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, meurent chaque année des suites de maladies que l'on peut éviter telles la diarrhée, la rougeole et les infections respiratoires"

Il est vrai que cinq enfants meurent toutes les 10 secondes à cause de ces maladies.

2. de Suzanne Mubarak, épouse du Chef d'état d'Egypte: "quand nous passons en revue la situation des enfants en Afrique, nous devons avoir le courage de dire que les efforts déployés sont loin d'être à la hauteur de nos obligations".

Ces cris d'alarmes nous autorisent à entreprendre des actions, et ma conviction est faite depuis longtemps que les professions de foi doivent laisser la place à un travail concret sur le terrain et j'ai des propositions: (a) Créer une émission périodique sur les enfants dans les médias d'Etat. Cette émission 'Dites Oui! Pour les enfants', rentre dans le cadre du service d'utilité publique des médias d'Etat. (b) Consacrer la journée du 15 juin à des cours obligatoires dans toutes les écoles africaines sur la situation des enfants, leurs droits, la Campagne sur les droits des enfants, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. (c) Si la mendicité ne peut être interdite, que les aveugles, les vieilles personnes soient appelés à s'asseoir comme ils le faisaient avant. Ils éviteraient ainsi cette terrible souffrance imposée aux enfants tenus de les guider à travers la ville.

Cheick Oumar Sissoko, cinéaste malien

proposé des stratégies visant à décourager l'excision et autres pratiques culturelles nuisant à la santé des femmes, les mariages précoces et le trafic d'enfants.

De Marrakech à Kigali en passant par Abuja, Libreville, Ouagadougou, Nouakchott ou Grand-Bassam, et avec l'appui de l'UNICEF et d'autres organisations telles que

Save the Children Fund ou Plan International, le Mali a participé activement à d'autres forum dans le cadre du Mouvement mondial pour les enfants, et en préparation à la session spéciale des Nations unies sur les enfants. Ces différents fora et colloques ont permis de sensibiliser plusieurs catégories d'acteurs clés sur la question des droits des enfants.

Prendre l'Initiative

Comme chaque année, le 20 novembre dernier, l'UNICEF a lancé son Rapport annuel sur la situation des enfants dans le monde, version 2002, sous la présidence de Mandé Sidibé, alors Premier Ministre du Gouvernement malien.

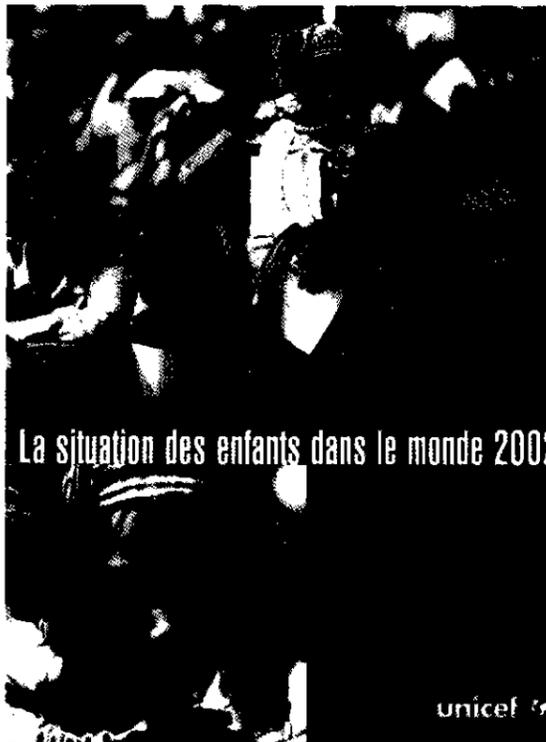
Investir dans l'enfance

En présentant des modèles d'initiatives prises par de simples particuliers, des institutions, des organisations ou des alliances, ce Rapport met en lumière la campagne engagée par Nelson Mandela et Graça Machel pour l'avènement d'un monde digne des enfants, et l'engagement de tous en faveur d'objectifs concrets concernant la santé de l'enfant, l'éducation, la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des enfants contre les mauvais traitements, l'exploitation ou la violence. Il souligne enfin à quel point il est impérieux de donner le meilleur départ possible dans la vie afin que chaque enfant reçoive une éducation de base et que les enfants et les jeunes participent aux décisions qui les concernent.

Dans sa présentation du Rapport, le Représentant de l'UNICEF a mis en exergue l'impact potentiel d'interventions simples et peu coûteuses, telles que l'iodation suffisante du sel de consommation humaine, laquelle permettrait, dans le cas du Mali, d'empêcher, sur la période 1998-2007, que 175 000 nouveaux nés ne souffrent de retard mental sévère. De même, il est estimé que le retard de croissance des enfants de moins de cinq ans au Mali « coûte » l'équivalent d'une perte de salaires futurs de 88 milliards de francs CFA.

L'enfant au cœur de toutes les préoccupations

Dans la perspective d'une réelle participation de tous, les jeunes ainsi que d'éminentes personnalités du Gouvernement et de la société civile ont témoigné au détour d'un panel de leur engagement à la cause des enfants. Il aura également permis, grâce à la synthèse qu'en fit le Premier Ministre, de tracer un trait d'union entre lutte contre la pauvreté et bien-être de l'Enfant. En investissant dans l'enfant, il est en effet possible de rompre le cercle vicieux de la pauvreté en l'espace d'une génération. L'enfant devient dès lors une cible,



Couvertures en recto/verso du Rapport annuel de l'UNICEF sur la situation des enfants dans le monde



**Changeons
le monde
avec les enfants**



L'UNICEF
co-parraine
l'ONUSIDA

La situation des
enfants dans le monde

OUI
pour les enfants

Campagne « Dites OUI »
vous pouvez exprimer votre adhésion au Mouvement Mondial FA FAVOR DES ENFANS
en envoyant vos votes au site www.gmtc.org

Bureau UNICEF Mali - Niakhar - Route de l'Aéroport - BP 90 Bamako Mali
Internet : www.gmtc.org
Tél. (223) 20 44 01 / 20 80 11 / 20 33 99 / 20 13 81 / 20 13 84 / 20 13 85 - Fax (223) 20 41 24



Cérémonie de lancement du Rapport annuel 2002 de l'UNICEF sur la 'Situation des enfants dans le monde', novembre 2001 (ci-dessus). Monsieur Mandé Sidibé, ancien Premier Ministre (ci-contre)

un acteur et un indicateur privilégiés de toute stratégie de lutte contre la pauvreté.

Au cours du panel, la Ministre de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, a souligné la responsabilité des enfant, parents, leaders d'opinions, hommes politiques, élus, personnalités religieuses, fonctionnaires de l'Etat et chefs d'entreprise. Le célèbre cinéaste et réalisateur, Cheick Oumar Sissoko, a de son côté interpellé les médias sur leur mission de service public pour assurer la diffusion et la compréhension du contenu de la Convention relative aux droits de l'Enfant. Pour le chef des griots, Monsieur Bakary Soumano, en vertu des fondements de la culture traditionnelle, « le bien-être de l'enfant ne saurait se concevoir en dehors des repères de son milieu social. » Pour sa part, la doyenne du panel, Madame Sira Diop, ancienne institutrice, a estimé que cette rencontre aura également permis de mettre en exergue la nécessité de préserver les aspects positifs de l'éducation traditionnelle.

Auparavant, le Directeur national de la Promotion de l'enfant et de la famille, Monsieur Attaher Maiga, a présenté les résultats de l'évaluation du Plan d'action national pour la Survie, le Développement et la Protection de l'enfant. Cet exposé a permis de faire



une analyse exhaustive et sans complaisance de la mise en œuvre au Mali des promesses faites aux enfants depuis le sommet sur l'enfance tenu à New-York en 1990, mais aussi dans le contexte de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain.

Enfin, la Jeune chambre économique du Mali a réitéré son engagement en faveur des enfants. Son objectif est de mettre en avant les idéaux d'une jeunesse responsable et consciente des initiatives qu'elle doit prendre pour la réalisation de ses droits, ainsi que celle de ses propres capacités de leadership. Cette manifestation retransmise sur les antennes de la radio-télévision nationale et des radios de proximité de l'Union des radios et télévisions libres fut agrémentée par des compositions musicales sur le thème de l'enfance.

V. PARTENARIAT & COOPERATION



Collaboration de l'UNICEF avec les agences du système des Nations unies au Mali

Le système des Nations unies est représenté au Mali par neuf agences dont le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations unies pour l'agriculture (FAO), le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI) et l'UNICEF.



Coordination

L'équipe composée des Représentants de ces différentes agences se réunit mensuellement sous la présidence tournante de chacune des agences du système des Nations unies.

La coopération UNICEF-MALI fait partie du Plan-cadre des Nations unies pour l'aide au développement (UNDAF - *United Nations Development Assistance Framework*) auquel toutes les agences du système des Nations unies représentées à Bamako, y compris les institutions financières internationales, ont adhéré

pleinement. L'UNDAF s'inscrit, quant à lui, dans la réforme de l'Organisation des Nations unies lancée en 1997 par le Secrétaire Général, Monsieur Kofi Annan.

Le Plan cadre des Nations unies vise à "contribuer de façon synergique et harmonisée à la promotion du développement humain durable à travers la lutte contre la pauvreté et la protection, le respect et la réalisation des droits humains". Il s'articule autour de trois domaines: (i) la gouvernance qui porte principalement sur la consolidation du processus démocratique et sur l'amélioration de la gestion du développement; (ii) les secteurs sociaux parmi lesquels l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement, la population et la communication pour le développement; et (iii) les secteurs productifs dont le développement rural, l'environnement, la prévention et la gestion des catastrophes, les mines, l'industrie, les télécommunications, l'urbanisme et l'énergie.

Programmes conjoints

L'UNICEF est impliqué dans la mise en oeuvre de plusieurs programmes conjoints avec d'autres agences du système des Nations unies.

Le plus connu est l'ONUSIDA, lequel regroupe la Banque mondiale, le BIT, le FNUAP, l'OMS, le PNUCID, le PNUD, l'UNESCO et l'UNICEF. L'ONUSIDA appuie les efforts du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA. L'année 2001 aura été marquée par la visite officielle de Monsieur Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA. L'UNICEF est également impliqué dans un autre programme conjoint financé par une contribution de la Fondation des Nations unies et portant sur la participation et le développement des droits des adolescents. Outre l'UNICEF, le FNUAP et le PNUD sont également impliqués dans ce programme.

Interview de SE Madame l'Ambassadeur Rokiadou Guikiné Traoré*

Un Programme novateur qui favorise la synergie des actions : Point de vue

Le gouvernement du Mali vient d'adresser une requête officielle à l'UNICEF demandant l'approbation par son Conseil d'administration du prochain Programme de coopération 2003-2007 pour un budget total de 47 184 000 USD. En quoi la coopération entre le Mali et l'UNICEF revêt-elle une importance particulière à vos yeux ?

La coopération entre le Mali et l'UNICEF est vieille de 42 ans aujourd'hui. Elle repose sur la volonté commune des deux parties de protéger avant tout la mère et l'enfant -- deux groupes vulnérables --, contre la maladie, l'ignorance, la malnutrition. En plus des axes d'intervention, je retiens surtout la modalité de mise en oeuvre qui se traduit par une compréhension mutuelle.

Le Gouvernement de la République se sent particulièrement interpellé en ce qui concerne le problème des enfants et ce à plus d'un titre. D'abord, parce que dans la structure de la population malienne, les enfants et les jeunes occupent une frange importante pour laquelle des efforts doivent être consentis. Ensuite parce que le Mali a co-présidé le Sommet mondial pour les enfants qui s'est tenu en 1990. A cet égard, il est concerné par la mise en oeuvre du plan d'action adopté.

Bien que ce programme de coopération s'inscrive dans la continuité des précédents, quels innovations ou changements de stratégie caractérisent ce nouveau programme ?

Le Programme de coopération entre le Mali et l'UNICEF pour la période 2003-2007 s'inspire de l'analyse de la situation des femmes et des enfants au Mali réalisée en 2001. A la différence du programme en cours qui a utilisé les droits comme cadre de référence pour la planification des interventions, le prochain programme a innové en adoptant l'approche cycle de vie (petite enfance, enfance, adolescence, femmes de moins de 49 ans), favorisant la convergence et la

complémentarité des interventions.

L'analyse de la situation a été menée par une équipe technique multidisciplinaire sous la coordination d'un Comité de pilotage. Tous les partenaires techniques et financiers (agences de coopération bilatérale et multilatérale, associations, ONGs, services techniques publics etc.) impliqués dans les programmes sectoriels en faveur des enfants et des femmes, ont participé à l'élaboration et/ou à la validation du rapport qui en est issu. A cet égard, cette concertation participative et consensuelle fait de ce document, une référence nationale sur la situation des enfants et des femmes au Mali.

Le budget de ce Programme de coopération n'est évidemment pas suffisant pour financer l'ensemble des programmes et projets nécessaires en vue de l'édification d'une société digne des enfants. Quel est selon vous, le rôle de la coopération entre le Mali et l'UNICEF afin de susciter l'implication d'autres partenaires en faveur des droits de l'enfant ?

Les enfants constituant l'avenir de tout pays, un plaidoyer en leur faveur augmenterait considérablement les chances de réalisation de leurs droits. Le programme de coopération entre le Mali et l'UNICEF, à travers les mécanismes d'aide au développement, devrait, pour ce faire, bénéficier de l'appui de certains pays donateurs. Dans le même cadre, l'ONUSIDA, à travers les fonds d'accélération de programme, peut être sollicité pour financer certains aspects de la composante lutte contre le VIH/SIDA du Programme de coopération.

* Madame Rokiadou Guikiné Traoré est Directrice de la Coopération internationale au Ministère des affaires étrangères et des Maliens de l'étranger.

Interview de SE Madame Saskia de Lang, Ambassadeur des Pays-Bas au Mali

Madame l'Ambassadeur, avant d'être nommée au Mali, vous occupiez les mêmes fonctions en Ouganda. L'Ouganda et le Mali, bien qu'appartenant à des régions différentes en Afrique, partagent tous les deux le même souci d'éviter le morcellement de l'aide publique au développement (APD) en de multiples projets, souvent source de duplication et de dispersion des ressources. Ce souci est à l'origine, dans ces deux pays, de l'adoption de ce que l'on appelle «approche programme». Les Pays Bas ayant joué un rôle important dans la promotion de cette approche, pourriez vous, en quelques mots, nous en résumer les principes ainsi que les avantages escomptés ?

Au fond, il n'y a que deux principes:

A. Dans l'approche programme, le gouvernement, avec la participation de la société civile et de ses partenaires extérieurs, formule une politique sectorielle pour l'ensemble d'un secteur donné. Cette politique est traduite au moyen d'un programme pluriannuel, auquel l'essentiel des fonds propres du gouvernement et ceux provenant des bailleurs de fonds sont affectés. Le consensus atteint par le gouvernement avec l'ensemble de ses partenaires sur une même approche programmatique, spécifique à un secteur donné constitue, à mon avis, l'essence même de l'approche programme. Ce consensus se traduit, notamment, par l'implication de tous les acteurs (gouvernement, ONGs, secteur privé, agences internationales et bilatérales) lors du processus de revue et de planification annuelle. Ainsi, le succès du programme est tributaire de la synergie et de la complémentarité de l'ensemble des interventions et des contributions.

Cette approche entièrement placée sous le 'leadership' du gouvernement diminue le rôle des organismes de coopération dans la gestion quotidienne du programme sectoriel. Ceux-ci se tiennent plus au second plan et sont ainsi moins 'visibles'.

B. En général, un pays en développement a une capacité institutionnelle limitée pour exécuter les programmes de développement. Les systèmes de



SE Madame Saskia de Lang, Ambassadeur des Pays-Bas au Mali

gestion, y compris de comptabilité, sont relativement vulnérables tant au niveau national qu'au niveau des régions ou des cercles. Il est fréquent que cette vulnérabilité soit aggravée par une pléthore de procédures et de besoins propres à chacun des partenaires techniques et financiers.

L'implication de l'ensemble des acteurs dans les processus de planification et de suivi requiert, de facto, une harmonisation des instruments et des procédures afin de diminuer la pression sur un système ayant une capacité gestionnaire et comptable limitée. La recherche de synergie se traduit par l'existence d'un seul plan, d'un seul rapport technique et financier (avec cependant la possibilité de reconnaître la contribution des différents partenaires), d'un seul manuel de procédures pour la gestion du programme, d'un seul rapport d'audit, d'une évaluation commune, de visites de terrain réalisées par un ensemble de plusieurs partenaires et de missions conjointes.

L'approche sectorielle est une stratégie flexible dans laquelle plusieurs modalités d'aide peuvent être utilisées. Cependant, la tendance sera de diminuer le nombre des projets, et d'augmenter les financements



communs (fonds communs, soutien budgétaire).

Dans le passé, plusieurs études ont démontré que les résultats des projets ne sont pas durables, surtout parce qu'ils ne sont pas intégrés dans une démarche sectorielle globale et prennent souvent davantage en considération les intérêts des partenaires/bailleurs que ceux des acteurs nationaux. Les projets étant souvent exécutés par des structures parallèles temporaires et ne faisant pas partie intégrante de l'administration pérenne de l'Etat, leurs enseignements, leurs acquis et leurs financements disparaissent au moment où le projet prend fin. Un des avantages escomptés les plus importants de l'approche sectorielle concerne la pérennité des réalisations, conséquence de l'appropriation de la démarche au plan national et de l'intégration des interventions dans un plan sectoriel global. L'aspect pluriannuel de la politique et du budget du programme, en particulier lorsqu'il est intégré dans un cadre élargi tel le Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté (CSLP), augmente également les chances de pérennisation des résultats.

Si elle est bien utilisée, l'approche sectorielle augmente l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles. Il y a moins de duplications (des interventions, de l'assistance technique, ...), la gestion est davantage transparente (en comparaison avec une situation caractérisée par une pléthore de projets) et les coûts de transactions entre les bailleurs de fonds et le gouvernement sont diminués. De même, les disparités

géographiques sont davantage prises en compte du fait d'une répartition équitable des interventions et des ressources disponibles.

Au Mali, cette approche s'est traduite par l'adoption et la mise en œuvre des programmes décennaux pour la santé (PRODESS), l'éducation (PRODEC) et la justice (PRODEJ). Les Pays Bas apportent une aide budgétaire importante tant au PRODESS qu'au PRODEC et ont participé de façon active à l'évaluation de la mise en œuvre pour l'année 2001 du PRODESS et du PRODEC. Quels enseignements en tirez vous ?

Puisque l'existence d'un plan commun (à différents niveaux : national, régional, cercle) est un des plus importants aspects de l'approche sectorielle, il est primordial que l'ensemble des partenaires s'inscrivent dans la politique nationale. Lorsque le gouvernement ou les partenaires jugent nécessaire de modifier la politique ou les priorités, il est important d'en discuter au sein des structures de coordination existantes. Une fois le consensus atteint, la planification des plans annuels sera faite en considérant les besoins et les opportunités existantes. Ainsi, les partenaires participent à la planification en premier lieu pour améliorer la qualité du plan et seulement en second lieu pour identifier les appuis nécessaires pour l'exécution du plan. Cependant, il est fréquent que les partenaires viennent insérer leurs préoccupations lors de la



planification au niveau du cercle ou de la région, au lieu d'en discuter plus tôt au moment de la recherche de consensus concernant la politique et les priorités.

Cela dit, nous avons pu constater le sérieux effort accompli par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers pour renforcer la concertation entre eux. Les structures et mécanismes y afférents sont maintenant fonctionnels, par exemple les commissions de suivi et technique, les commissions de concertation thématique et les réunions de coordination mensuelle. Bien que des améliorations soient souhaitables, ces structures fonctionnent de manière satisfaisante et constituent des espaces institutionnels pertinents et effectifs de concertation.

Il faut signaler que les réformes visées et les résultats attendus dans le secteur de la santé et de l'éducation sont ambitieux. Ainsi, la gestion de fonds communs requiert une capacité organisationnelle (du ministère) et institutionnelle (du secteur) adéquates. Les faiblesses ne se rencontrent pas seulement au niveau des structures nationales, mais aussi au niveau des partenaires techniques et financiers. Souvent, davantage d'attention est accordée aux aspects techniques par les techniciens gouvernementaux et ceux des partenaires, au détriment des aspects gestionnaires (procédures, règles, comptabilité, appels d'offre, aspects juridiques,). Pour une approche sectorielle efficace, les partenaires doivent s'investir davantage en faveur du renforcement de la capacité

organisationnelle, en particulier celle des Directions des Affaires Financières des ministères impliqués, tant au niveau central qu'au niveau de la région et du cercle. En outre, les conditions d'une collaboration efficace avec la société civile doivent se renforcer. Bien qu'il y





ait des progrès, il reste beaucoup à faire pour renforcer la capacité de la société civile et son implication dans les programmes sectoriels.

L'approche sectorielle n'est pas un objectif en soi. C'est une stratégie pour obtenir davantage de résultats, durables dans le temps, et qui prennent en compte les disparités géographiques, ceci dans la recherche d'une plus grande équité. Bien que l'approche sectorielle permette d'obtenir des résultats en matière de renforcement des capacités institutionnelles, l'essentiel des résultats par lesquels le succès de l'approche est mesuré se situent au niveau des populations. Pour ce faire, il est nécessaire de surveiller régulièrement les processus et les indicateurs des objectifs du programme, les documenter sur le moyen terme et analyser les changements. Sur ce plan, la qualité des Plans opérationnels constitue une préoccupation ainsi que le fonctionnement des systèmes de gestion d'information. Ces deux points sont liés entre eux car la disponibilité en données de base est indispensable pour la planification opérationnelle. Dans ce contexte, la mission conjointe du PRODEC a constaté des problèmes. De même, il nous semble que les acteurs du PRODESS (gouvernement et ses partenaires) n'ont pas accordé une attention suffisante à cet aspect. Ainsi le dialogue sur les problèmes, leur solutions, les recommandations et plus généralement sur les priorités du programme, reste assez superficiel et les

enseignements ne sont pas toujours pris en compte lors de l'exécution. C'est pour cela qu'il faut améliorer la qualité de la documentation et son analyse, par exemple lors des missions conjointes.

Le Mali vient de se doter d'un Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Or, l'expérience de plusieurs pays ayant mis en oeuvre des réformes sectorielles similaires à celles du PRODESS et du PRODEC montre que, assez souvent, ces réformes bénéficient d'avantage aux non pauvres qu'aux pauvres. Au cours de l'année 2001, le PRODESS et le PRODEC ont fait l'objet d'une relecture afin de s'assurer que leurs stratégies respectives étaient sensibles à cette préoccupation. Quels sont, selon vous, les principes clé permettant de garantir que les pauvres soient les principaux bénéficiaires des réformes de ces secteurs sociaux essentiels que constituent la santé, l'éducation et la justice ?

Comme déjà expliqué, l'approche sectorielle offre de meilleures opportunités de répartir équitablement les interventions et les améliorations sectorielles à l'échelle nationale, en évitant les disparités géographiques. Une politique sectorielle accordant une priorité aux problèmes de santé et d'accès à l'éducation des pauvres, est plus facile à exécuter selon une approche programme qu'avec une pléthore de projets.

Partenariats techniques et financiers

L'UNICEF est conscient que seule la conjonction coordonnée et complémentaire des appuis financiers et techniques des organes de coopération bilatérale et multilatérale peut permettre de compléter efficacement les ressources de l'Etat et d'atteindre ainsi les grands objectifs de développement adoptés par le Mali. Cette approche « Programme » préconisée par le Mali est soutenue par l'UNICEF, d'autant plus que les trois programmes décennaux en cours ont des objectifs ciblant la survie, le développement et la protection des enfants. L'UNICEF collabore étroitement avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers appuyant le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS), le Programme décennal de l'Education (PRODEC) et le Programme décennal de la Justice (PRODEJ). En 2001, dans le cadre de ces trois programmes, l'UNICEF a collaboré avec les partenaires techniques et financiers internationaux suivants :

- PRODESS : OMS, FNUAP, PNUD, Banque mondiale, USAID, Coopération française, Coopération néerlandaise, Coopération suisse, Save the Children USA, BASIC'S, Canada, Population Services International (PSI), Hellen Keller International, Global 2000;

- PRODEC : Banque mondiale, Coopération française, USAID, Coopération canadienne, Coopération néerlandaise, Coopération belge, PNUD, GTZ, UNESCO, PAM, FNUAP, AFD;

- PRODEJ : PNUD, UNESCO, ENDA Tiers Monde.

Outre ces trois programmes, l'UNICEF a collaboré étroitement avec les partenaires techniques et financiers du Mali dans la protection des enfants en circonstances difficiles. Il s'agit notamment de l'Institut national de formation judiciaire, la Direction nationale des affaires judiciaires et du sceau et

plusieurs ONGs (ex. Coalition malienne pour les droits de l'enfant) pour la diffusion des textes et instruments internationaux.

Outre les organes de coopération bilatérale et multilatérale et les ONGs internationales, l'UNICEF collabore avec des organisations non-gouvernementales maliennes dans divers domaines relatifs à la mise en œuvre du programme de coopération, à savoir :

- Survie de l'enfant : Réseau de santé et développement (RESADE), Comité central de Croix rouge malienne;

- Développement de l'enfant : GUAMINA et Stop Sahel (dans la région de Kayes), Association malienne pour la protection et le développement de l'environnement au Sahel (AMPRODE Sahel) et Oeuvre malienne d'aide à l'enfance du Sahel (OMAES) (dans la région de Mopti);

- Protection spéciale et juridique : Fondation pour l'enfance, APAF Muso Danbe, Handicap sans frontières, Mali enjeu, Association malienne de lutte contre la déficience mentale (AMALDEME), Association jeunesse action Mali (AJA), Association des femmes éducatrices du Mali (AFEM), Coalition malienne pour les droits de l'enfant (COMADE), SAMU Social;

- Planification et Plaidoyer: Union des radios et télévisions du Mali (URTEL), Association des éditeurs de la presse privée (ASSEP), COMADE.

Ces ONGs signent des accords de coopération avec l'UNICEF pour la mise en œuvre d'activités de proximité, généralement à forte composante communautaire.

Le PRODESS comporte des volets destinés à diminuer l'exclusion sociale et à augmenter l'accès financier des pauvres aux services de santé. Malheureusement, ces volets ont reçu moins d'attention que les autres. Cependant, l'ajustement et l'intégration du PRODESS et du PRODEC lors du développement du CSLP ont permis d'accentuer les interventions en faveur des pauvres. Il s'agit de stratégies pour mieux cibler les budgets sur les régions pauvres, les volets sociaux et l'augmentation des dépenses au niveau régional au détriment des dépenses au niveau central.

Lors des réformes sectorielles, il est important d'élaborer des politiques qui bénéficient aux pauvres d'abord. Il

est important de vraiment opérationnaliser ces politiques dans les plans d'opération annuels, afin de ne pas en rester au stade des bonnes intentions. Il faut également élaborer un système de suivi comportant des indicateurs sensibles à la question de la pauvreté.

En intégrant les programmes sectoriels dans le CSLP, la synergie et la complémentarité des interventions des différents secteurs devraient jouer en faveur de la réduction de la pauvreté. En même temps, on escompte que les programmes du CSLP augmenteront les revenus des pauvres qui disposeront de plus de ressources, leur permettant de prendre en charge une partie des coûts des services sociaux (éducation, santé).



a fourniture d'équipements essentiels pour la survie, le développement et la protection des enfants constituent l'un des principaux postes de dépense du programme de coopération Mali-Unicef. Depuis trois ans, la valeur des approvisionnements n'a cessé d'augmenter, représentant plus de 40% des dépenses effectuées au titre du programme de coopération.

En 2001, le montant des équipements essentiels achetés hors du Mali s'est élevé à 5 403 625 US\$ (environ 4 milliards de francs CFA). Ces achats effectués par l'intermédiaire de la Centrale d'achat de l'UNICEF à Copenhague, placent le Mali au quatrième rang dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, derrière la République démocratique du Congo, le Ghana et le Nigéria. L'UNICEF s'est également approvisionné sur le marché local pour un montant total d'environ un million US\$. Ces approvisionnements concernent pour l'essentiel des approvisionnements stratégiques indispensables à la bonne exécution des programmes appuyés par l'UNICEF et ayant un bénéfice direct pour les enfants et les femmes. Il s'agit par exemple de vaccins, de médicaments génériques, d'équipements hydrauliques ou sanitaires, de moustiquaires imprégnées, de kits pédagogiques. Dans une plus faible proportion, ils concernent des équipements et consommables permettant le renforcement des capacités des services gouvernementaux et des ONGs impliqués dans la mise en œuvre des programmes, tels que véhicules tout terrain, ordinateurs, équipements de bureau, etc.

Le plus gros achat effectué en 2001 a concerné la fourniture au Ministère de la santé de 564 400 flacons de vaccin contre la rougeole, pour une valeur totale de 812 736 US\$. Ces vaccins ont permis la vaccination de 5 298 607 enfants âgés de neuf mois à 14 ans dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination

contre la rougeole mise en œuvre par le Ministère de la santé, avec l'appui d'autres partenaires tels que l'OMS, le Rotary International, et le Fonds des Nations Unies.

Dans le cadre de l'Initiative pour l'indépendance vaccinale, des achats pour le compte du gouvernement ont été effectués en 2001 en faveur du Ministère de la santé, pour un montant d'environ 855 000 US\$, représentant l'achat de vaccins et d'équipements de

Environ 80% des achats effectués se font par l'intermédiaire de la Centrale d'achat de l'UNICEF située à Copenhague. En 2001, les achats par Copenhague se sont élevés à plus de 5 millions de dollars US. Les achats locaux se sont chiffrés à plus d'un million de dollars.

chaîne de froid.

Les réseaux d'approvisionnements

Environ 80% des achats effectués se font par l'intermédiaire de la Centrale d'achat de l'UNICEF, située à Copenhague. Cette approche peut, à première vue, paraître curieuse. Pourquoi passer outre le marché local pour s'approvisionner si loin ? La raison est toute simple : en plus des coûts d'importation qui sont souvent très élevés, le marché local a des limites face à la demande de certains matériels et équipements, notamment dans les domaines de la santé et des forages. Néanmoins, grâce à une étude du marché local réalisé en 2001, il est prévu d'augmenter le pourcentage des achats effectués localement, ce qui permet de raccourcir les délais d'approvisionnement.

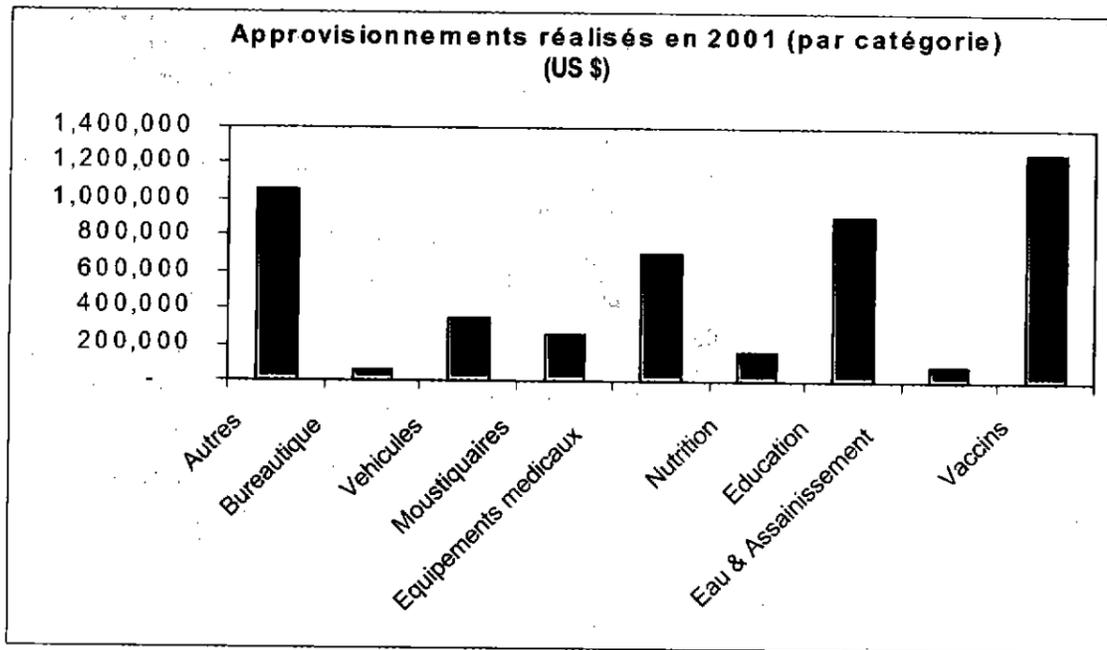
Grâce à l'amélioration du processus de planification et de la filière approvisionnement, 75% des commandes pour l'année ont été passées au cours du

premier trimestre 2001, permettant à la quasi totalité des intrants physiques planifiés au titre de l'année 2001 d'arriver dans les délais prévus.

Dans le cadre du transfert de la gestion du magasin et des fonctions de réception, dédouanement, stockage et distribution au Gouvernement, les actions d'évaluation des capacités de stockage et d'identification des ressources (humaines et logistiques) ont continué tout au long de l'année dans les régions de Ségou, Sikasso et Mopti à travers des visites de terrain conjointes UNICEF/Ministère de la Santé.

Les visites de terrain ont révélé une faiblesse tant des capacités de stockage que des ressources humaines. Ainsi, des actions de réhabilitation et d'équipement des capacités de stockage vont être entreprises. En ce qui concerne les ressources humaines, des modules de formation sont en cours d'élaboration aussi bien pour la gestion des stocks que pour les fonctions de réception et de distribution.

RESSOURCES



Réception d'équipements au Bureau de l'UNICEF Bamako

es ressources humaines constituent le capital le plus précieux de l'UNICEF. La qualité de ce capital, ses compétences et sa motivation déterminent dans une très large part la crédibilité de l'Organisation auprès de ses partenaires, via l'appui technique, l'excellence dans la gestion et la capacité de plaider en faveur des enfants.

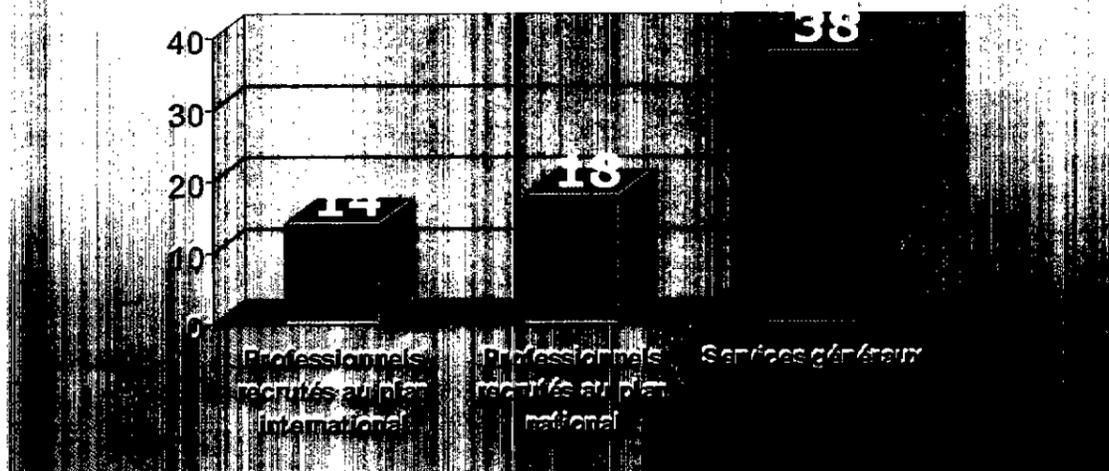
L'année 2001 a été marquée par d'importants mouvements de personnel. C'est ainsi que **Monsieur Pierre Poupard**, nommé Représentant spécial de Madame Carol Bellamy pour la Palestine, a été remplacé au poste de coordinateur des programmes par le **Docteur Guido Borghese**. Avant son arrivée au Mali, le Dr. Borghese occupait le poste de Responsable senior du programme Santé de l'UNICEF au Vietnam. Autre médecin ayant rejoint le bureau de l'UNICEF au Mali en 2001, le **Docteur Osseni Raimi** occupe le poste de Responsable senior du programme Survie de l'enfant. Le Docteur Raimi occupait auparavant le même poste au bureau de l'UNICEF en République Démocratique du Congo. Il succède au Mali au regretté **Docteur Bruno Martin**, dont le bureau conserve le souvenir d'un homme d'une grande intégrité morale et d'une grande compétence technique. Autre prise de fonction, celle de **Madame Jennifer Taylor** au poste

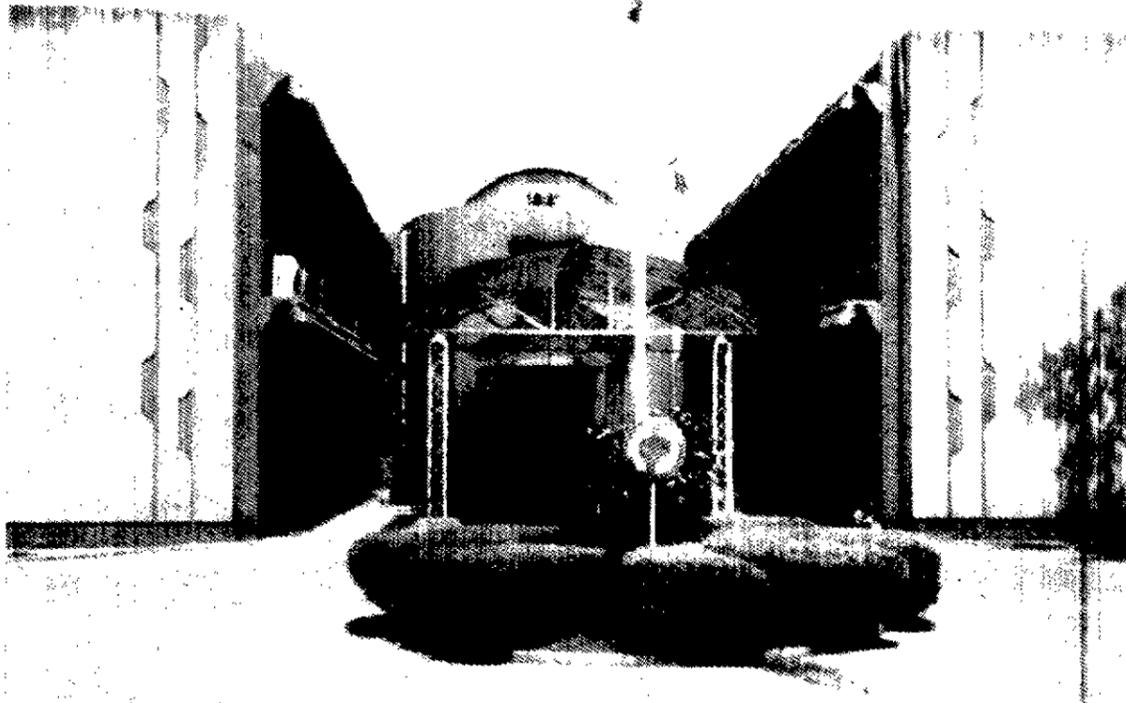
d'Administrateur chargé des opérations. Avant de rejoindre l'UNICEF, Madame Taylor occupait la fonction de Directeur adjoint du bureau du Corps de la Paix au Burkina Faso. Autre changement : **Monsieur Baboucarr Sarr**, Administrateur du programme Développement depuis le 13 mars 1999, a été remplacé au même poste par **Monsieur Patrick Bogino**. Monsieur Bogino occupait précédemment la fonction d'Administrateur du programme Education au bureau de l'UNICEF au Cameroun. Parmi les autres arrivées de fonctionnaires recrutés au plan international, on notera le remplacement de **Monsieur El Hadj Diouf** par Monsieur **Raphael Diaz Diaz** au poste d'Administrateur chargé du projet Eau/ Assainissement et le remplacement du **Docteur Alfani Shesoko** par le **Docteur Paul Basikila** au poste de Conseiller auprès du directeur régional de la santé pour la région de Ségou. Le **Docteur Luula Mariano** a, quant à elle, été nommée au poste de Conseiller auprès du directeur régional de la santé pour le district de Bamako. Elle occupait précédemment un poste de même nature pour la région de Mopti.

Plusieurs collègues recrutés au plan national ont quitté le bureau de l'UNICEF pour devenir fonctionnaires internationaux. Il s'agit du **Docteur Aissata Ba Sidibé**,

RESSOURCES

Ressources humaines Distribution par catégorie en 2001





Les locaux du Bureau UNICEF - Bamako

RESSOURCES

nommée Administrateur du programme Santé au bureau de l'UNICEF au Tchad, et de **Madame Christine Dolo**, nommée Administrateur chargé des finances au bureau de l'UNICEF en Ouganda. Ces collègues ont été remplacés respectivement par le **Docteur Hamadassalia Touré** et par **Monsieur Fasséri Doumbia**. Autre arrivée, celle de **Madame Fatoumata Diani Touré**, laquelle a été nommée au poste d'Administrateur adjoint Santé, en remplacement de **Monsieur Bréhima Siaka Diallo**, promu au poste d'Administrateur chargé de la planification. Après plusieurs années passées en dehors du Mali, **Madame Kadidiatou Ly** a, quant à elle, réintégré le bureau de l'UNICEF en qualité d'Administrateur adjoint pour le programme Protection.

D'autres collègues ont rejoint l'équipe de l'UNICEF en cours d'année. Il s'agit des **Docteurs Madina Ba Sangaré et Fayéri Togola**, respectivement Conseillers auprès des directions régionales de la santé de Koulikoro et de Mopti, et de **Monsieur Sékou Oumar Diarra**, Consultant auprès du programme Protection.

Au vu de l'importance de ces changements et dans le souci de favoriser la dynamique d'équipe, le bureau a organisé à Ségou en février 2001 une retraite interne, laquelle a regroupé la majeure partie des fonctionnaires.

La méthodologie de la retraite s'inspirait des techniques mises au point par l'UNICEF au niveau global dans le cadre du programme « Management Excellence ». Ces techniques visent à renforcer l'adhésion de l'ensemble des fonctionnaires aux valeurs de l'UNICEF, exprimées dans le mandat de l'Organisation et dans le code de conduite des fonctionnaires de l'UNICEF. Accompli d'une manière participative, notamment au travers d'une enquête sur le moral du personnel, cet atelier a bénéficié de l'appui du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Cette retraite a permis aux participants d'identifier leurs forces et faiblesses individuelles en tant que membres d'une équipe multiculturelle, multiraciale et multilingue, et dans un deuxième temps, de dégager les forces et les faiblesses de l'équipe toute entière. Après ce regard introspectif, les participants se sont attelés à définir les éléments d'amélioration à inclure dans le plan annuel de gestion du bureau.

écrivez-nous une journée type de travail ?

En tant que chauffeurs, notre journée de travail commence beaucoup plus tôt que celle des autres, c'est-à-dire à 5:00 heures du matin. D'abord nous assurons le transport du personnel qui utilise la navette que l'UNICEF met à leur disposition. Nous allons les chercher chez eux pour les déposer à leur lieu de travail. Ensuite, nous nous attelons à faire les autres courses officielles du bureau. Nous sommes constamment en stand-by et c'est cela notre travail.

Dans l'exercice de vos fonctions êtes-vous confrontés à des difficultés ? Lesquelles?

Les difficultés que nous rencontrons sont différentes selon que nous sommes en mission à l'intérieur du pays, ou sur place à Bamako. Au

bureau de Bamako, les difficultés que nous rencontrons relèvent généralement d'incompréhensions. Par exemple, l'on nous demande de venir chercher quelqu'un à telle heure. A notre arrivée, nous constatons que la personne n'est pas prête. Or pendant ce temps, nous sommes sollicités ailleurs par une autre personne. Cette dernière s'imagine que nous l'avons oubliée ou que nous refusons d'aller la chercher... Hors de Bamako, les problèmes que nous rencontrons sont d'ordre sécuritaire d'abord. Il s'agit ici de la sécurité des personnes que nous transportons ainsi que celle du véhicule. Mais Dieu merci ! Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu de problèmes majeurs parce que nous prenons toujours des précautions avant d'entreprendre



ces missions. Ensuite, il y a des risques liés à la santé par rapport à certaines zones endémiques. Il y a également le problème posé par le choix des itinéraires lors de nos missions, surtout en hivernage, lorsque certaines voies deviennent impraticables. Il est même arrivé que certains de nos collègues dorment dans la boue parce qu'ils ignoraient au départ quel était l'état de la route dans telle zone. En cours de route et à leur surprise, il y a de fortes pluies qui tombent, ce qui, du coup, compromet la suite du voyage. Pour le reste, nous

rencontrons souvent des problèmes d'hébergement surtout dans les régions où les infrastructures hôtelières sont quasiment inexistantes. En effet, Il n'est pas rare que nous passions la nuit dans nos véhicules.

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans

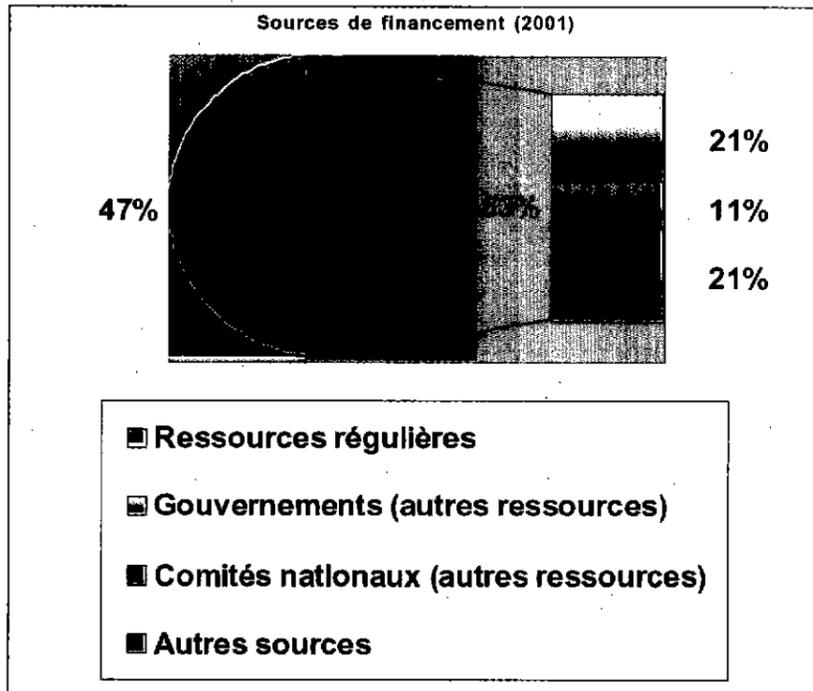
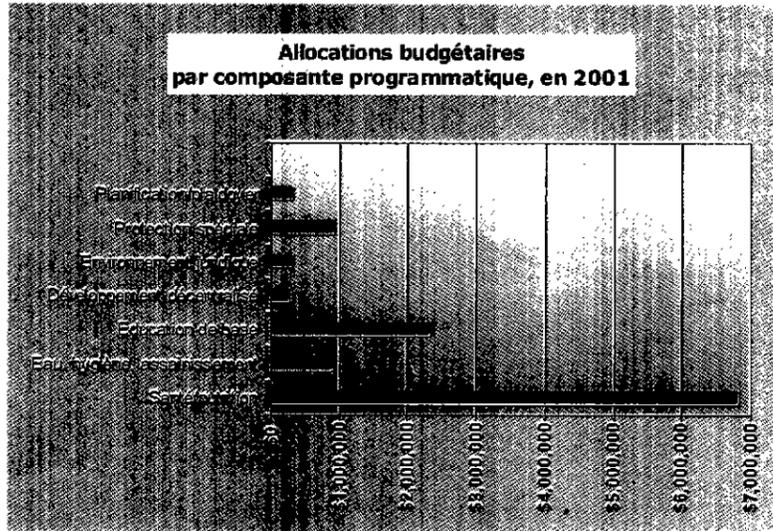
votre métier ?

Nous avons beaucoup de relations grâce à notre métier de chauffeur. Nous avons également bénéficié de plusieurs types de formation. Par exemple, sur la sécurité, afin de nous prévenir contre les accidents. Nous avons eu une formation en communication concernant l'attitude à avoir face aux différentes personnes auxquelles nous avons affaire. Nous avons été formés sur les véhicules que nous utilisons, notamment dans les domaine de l'entretien, des réparations... Nous avons même commencé des cours d'anglais parce que nous avons affaire à beaucoup de gens qui ne parlent que l'anglais...

RESSOURCES

es ressources financières disponibles pour le programme de coopération en 2001 se sont élevées à près de 9 milliards de francs CFA (équivalent à 11.9 millions de dollars US). 47% de ces ressources concernent les ressources régulières de l'UNICEF alors que 53% concernent d'autres ressources mobilisées auprès des bailleurs de fonds de l'UNICEF. Ces autres ressources totalisent un montant de l'ordre

de 4.7 milliards de francs CFA (environ 6.3 millions de dollars US). Par ordre décroissant, les pays ayant contribué le plus au programme de coopération Mali-Unicef en 2001 sont le Canada, les USA, les Pays Bas, la Norvège et l'Allemagne. De même, les comités nationaux ayant contribué le plus au programme de coopération Mali-Unicef en 2001 sont les comités canadien, français, américain, allemand et hollandais.



Depuis l'introduction du programme « Management Excellence » en 1995, les bureaux de l'UNICEF sont tenus de mettre à jour chaque année le plan de gestion du bureau. Celui-ci a pour objectif une utilisation optimale des ressources internes de l'UNICEF, dans le cadre du partenariat technique et financier avec le gouvernement malien. Le plan de gestion définit l'ensemble des objectifs de performance, les paramètres et les systèmes nécessaires à la gestion de ressources telles que les ressources humaines, les équipements, les fonds, l'information et le temps. En 2001, ce plan a utilisé l'approche COSO basée sur la gestion des risques.

L'élaboration et la mise en œuvre du plan annuel de gestion, en recensant les risques de gestion et en apportant des mesures correctrices, ont facilité le déroulement de l'audit interne, lequel a eu lieu du 19 novembre au 14 décembre 2001.

Le suivi de la gestion des ressources internes est assuré par le comité de gestion du bureau, présidé par le représentant et composé de l'ensemble des chefs de section et d'unité, ainsi que d'un membre de l'association locale du personnel. Le comité se réunit une fois par mois et examine un ensemble d'indicateurs de qualité. Ceux dont le niveau dépasse un seuil d'alerte pré-établi font l'objet d'une analyse et des actions correctrices sont mises en œuvre au cours du mois suivant.

Depuis 1998, la gestion des programmes utilise le logiciel PROMS (Program Manager System)

entièrement conçu, développé et mis à jour par l'UNICEF. Cette application permet une réconciliation en temps réel des données financières entre le bureau de l'UNICEF à Bamako et le siège de l'UNICEF à New York. Le PROMS génère également des rapports permettant de suivre l'exécution financière et programmatique des programmes et projets.



R E S S O U R C E S

Impression : **IMPRIM COLOR** • Tél. (223) 221 46 46 • Bamako