

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

N°56

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES Médecine générale

par

Hélène RATHOUI MAÏGA

Née le 19/10/1979

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2007

**Associations ANOPHELE-RHODAR, un
partenariat Nord-Sud d'étudiants en médecine**

**Bilan et perspectives de dix ans d'action pour le
développement de la santé dans la commune du Bourra
(région d'Ansongo-République du Mali)**

Président du jury : Monsieur le Professeur François RESCHE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel MARJOLET

Membres du jury : Monsieur le Doyen le Professeur Jean-Michel ROGEZ

Monsieur le Docteur Youssoufa MAIGA

SOMMAIRE

Abréviations	8
Liste des tableaux et illustrations	10
Liste des annexes	11
PREAMBULE	12
INTRODUCTION	13
Chapitre I : LE CONTEXTE DU MALI	16
I.1. LE CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE ET ENVIRONNEMENTAL	18
I.1. PRESENTATION DU MALI	18
I.1.1. A. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE	17
I.1.1. B. SITUATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE	18
I.1.1. C. MONDIALISATION ET RELATIONS INTERNATIONALES.....	19
I.1.1. D. POPULATION ET PAUVRETE.....	21
I.1.1. E. PROBLEMATIQUES ENVIRONNEMENTALES.....	24
I.1.2. PRESENTATION DE LA COMMUNE DU BOURRA	25
I.1.2. A. SITUATION GEOGRAPHIQUE	25
I.1.2. B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	25
I.1.2. C. SITUATION ECONOMIQUE	26
I.2. LE CONTEXTE POLITICOSANITAIRE	28
I.2.1. HISTORIQUE DES ETAPES DE LA POLITIQUE DE SANTE AU MALI.....	27
I.2.1. A. DECLARATION D'ALMA-ATA ET SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)	27
I.2.1. B. LA CHARTE D'OTTAWA.....	29
I.2.1. C. INITIATIVE DE BAMAKO (IB)	30
I.2.1. D. PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) ET PROGRAMME DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PRODESS)	31
I.2.1. E. CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE (CSLP)	35
I.2.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	36

I.2.2. A. ORGANISATION ADMINISTRATIVE	36
I.2.2. B. OFFRE DE SOINS	37
I.2.2. B.1. La pyramide sanitaire	38
I.2.2. B.2. Les CSCOM et leur fonctionnement	39
I.2.2. B.3. Le secteur privé, le secteur confessionnel et le secteur informel	40
I.2.2. B.4. Le secteur traditionnel	41
I.2.2. B.5. Le personnel médical.....	41
I.2.3. ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION SANITAIRE DU MALI	42
I.2.3. A. GENERALITES.....	42
I.2.3. B. INDICATEURS SANITAIRES.....	42
I.2.3. C. PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE ET DE MORBIDITE.....	43
I.2.3. C.1. Les maladies prioritaires	44
I.2.3.C.2. Les maladies à éradiquer et à éliminer	45
I.2.3. C.3. Les maladies à potentiel épidémique	47
I.2.3. C.4. Les maladies non transmissibles	48
I.2.3. C.5. Les plaies, les traumatismes et les brûlures	49
I.2.3. C.6. Spécificités de la morbidité maternelle et infantile	49
I.2.4. SITUATION SANITAIRE DE LA COMMUNE DU BOURRA	49

Chapitre II :

PRESENTATION DE L'ANOPHELE 51

II.1. HISTORIQUE DES ASSOCIATIONS ANOPHELE - RHODAR	52
II.2. OBJECTIFS DU PROJET.....	54
II.2.1. OBJECTIFS GENERAUX	53
II.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DE L'ASSOCIATION ANOPHELE.....	53
II.3. PRESENTATION DE L'ACTION	55
II.3.1. ELABORATION DE L'ACTION	54
II.3.2. EVOLUTION DU PROJET.....	56
II.4. FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION ET PERENNISATION DU PROJET.....	59
II.4. 1. ORGANISATION DE L'ASSOCIATION	58
II.4.2. APPUIS ET PARTENARIATS.....	59

Chapitre III :
EVALUATION DE L'ACTION DES ASSOCIATIONS ANOPHELE ET RHODAR
DANS LA COMMUNE DU BOURRA 63

III.1. METHODE	64
III.1.1. EVALUATION DE LA CONTRIBUTION DES ASSOCIATIONS ANOPHELE ET RHODAR AUX PROCESSUS DE CREATION DES CSCOM DE TASSIGA ET DE LELLEHOYE.....	63
III.1.2. EVALUATION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES STRUCTURES MISES EN PLACE AU NIVEAU DU CSCOM DE TASSIGA.....	64
III.1.3. EVALUATION DES RESULTATS OBTENUS AU NIVEAU DU CSCOM DE TASSIGA.....	66
III.1.3. A. ANALYSE QUANTITATIVE	66
III.1.3. B. ANALYSE QUALITATIVE	67
III.1.4. EVALUATION DES ACTIVITES MENEES PAR LES DIFFERENTES MISSIONS DE L'ANOPHELE RHODAR EN TERMES DE PREVENTION.....	68
III.1.4. A. EVALUATION DES RESSOURCES UTILISEES	68
III.1.4. B. EVALUATION DES PROCESSUS DEPOSES	68
III.1.4. C. EVALUATION DES RESULTATS OBTENUS.....	69
III.1.5. EVALUATION DE L'IMPACT DU PROJET POUR LE DEVELOPPEMENT D'ACTIVITES CONNEXES	70
III.2. RESULTATS	72
III.2.1. EVALUATION DE LA CONTRIBUTION DES ASSOCIATIONS ANOPHELE ET RHODAR AUX PROCESSUS DE CREATION DES CSCOM DE TASSIGA ET DE LELLEHOYE.....	71
III.2.2. EVALUATION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES STRUCTURES MISES EN PLACE AU NIVEAU DU CSCOM DE TASSIGA.....	76
III.2.3. EVALUATION DES RESULTATS OBTENUS AU NIVEAU DU CSCOM DE TASSIGA.....	81
III.2.3. A. ANALYSE QUANTITATIVE	81
III.2.3. B. ANALYSE QUALITATIVE	89
III.2.4. EVALUATION DES ACTIVITES MENEES PAR LES DIFFERENTES MISSIONS DE L'ANOPHELE - RHODAR EN TERMES DE PREVENTION.....	92
III.2.4. A. EVALUATION DES RESSOURCES ET DES STRUCTURES.....	92
III.2.4. B. EVALUATION DES PROCESSUS.....	95
III.2.4. C. EVALUATION DES RESULTATS	100
III.2.5. IMPACT DU PROJET INITIAL POUR LE DEVELOPPEMENT D'AUTRES ACTIVITES.....	104

III.2.5. A. EN FRANCE	104
III.2.5. B. AU MALI, DANS LA COMMUNE DU BOURRA	105
III.3. ANALYSE ET DISCUSSION	107
III.3.1. ANALYSE ET DISCUSSION A PROPOS DE L'EVALUATION REALISEE AUTOUR DU CSCOM.....	106
III.3.1. A. ANALYSE DES PROCESSUS DE CREATION DU CSCOM.....	106
III.3.1. B. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES ET STRUCTURES MISES EN PLACE	107
III.3.1. C. ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS.....	108
III.3.2. ANALYSE ET DISCUSSION A PROPOS DE L'EVALUATION DES PREVENTIONS.....	114
III.3.3. LIMITES DE L'EVALUATION REALISEE.....	116
III.3.4. ROLE DE L'ANOPHELE - RHODAR EN TANT QUE PARTENAIRE EXTERIEUR.....	117
III.4. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	121

Chapitre IV :
ACTION HUMANITAIRE AU NIVEAU DES FACULTES DE MEDECINE
FRANCAISES123

IV.1. INTRODUCTION	124
IV.2. METHODE	124
IV.3. RESULTATS	125
IV.4. ANALYSE ET DISCUSSION	128

Chapitre V :
IMPACT DE LA PARTICIPATION A L'ASSOCIATION ANOPHELE 131

V.1. INTRODUCTION	132
V.2. METHODE	132
V.3. RESULTATS.....	133
V.3.1. ANALYSE QUANTITATIVE DU QUESTIONNAIRE.....	132

V.3.1. A. RETENTISSEMENT AU NIVEAU PROFESSIONNEL.....	132
V.3.1. B. RETENTISSEMENT AU NIVEAU PERSONNEL	135
V.3.2. ANALYSE DU CONTENU	136
V.3.2. A. AU NIVEAU PROFESSIONNEL.....	136
V.3.2. B. AU NIVEAU PERSONNEL	137
V.4. ANALYSE ET DISCUSSION	139
V.4.1. AU NIVEAU PROFESSIONNEL	138
V.4.1. AU NIVEAU PERSONNEL	141

ChapitreVI : PRINCIPES DE LA COOPERATION EN SANTE 143

VI.1. GENERALITES	144
VI.1.1. LES ORGANISMES INTERNATIONAUX	143
VI.1.2. LES POLITIQUES BILATERALES D'AIDE AU DEVELOPPEMENT.....	146
VI.1. 3. LES ASSOCIATIONS HUMANITAIRES	148
VI.2. LA COOPERATION FRANCOMALIENNE	150
VI.2.1. STRATEGIE ADOPTEE PAR LA COOPERATION FRANCAISE	150
VI.2.2. PRESENTATION DE LA COOPERATION DECENTRALISEE AVEC LE MALI	153

CONCLUSION 156

Bibliographie 158

Annexes 163

Abréviations

AFD : Agence Française de Développement
ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine Français
ANOPHELE : Association Nantaise Œuvrant pour les Projets Humanitaires et la Lutte contre l'Exclusion
APD : Aide Publique au Développement
ARV : Anti rétro viraux
ASACO : Association de Santé Communautaire
ASCODE : Association des élus de Loire-Atlantique
BAD : Banque Africaine de Développement
BCG : Vaccin contre le bacille de Calmette et Guérin
BM : Banque Mondiale
CAP : Connaissances Attitudes Pratiques
CNIECS : Centre National d'Information, d'Education, et de Communication pour la Santé
CPN : Consultation Prénatale
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSCR : Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSREF : Centre de Santé de Référence
DCI : Dénomination Commune Internationale
DNS : Direction Nationale de la Santé
DTCP : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, et la Poliomyélite
DU : Diplôme Universitaire
EDSII : Enquête Démographique et de Santé (deuxième édition)
EDSIII : Enquête Démographique et de Santé (troisième édition)
FAF : Fer Acide Folique
FCFA : Francs de la Communauté Financière Africaine
FENASCOM : Fédération Nationale des ASACO
FMI : Fond Monétaire International
IB : Initiative de Bamako
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IEC : Information, Education et Communication
IDH : Indice de Développement Humain
INPS : Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique
IRA : Infections Respiratoires Aiguës
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ME : Médicaments Essentiels
MII : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MNU : Médicaments Non Utilisés

MSF : Médecin Sans Frontières
NEPAD : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OCCGE : Organisation de Coordination de la lutte Contre les Grandes Endémies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé
PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PED : Pays en Développement
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PIB : Produit Intérieur Brut
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNB : Produit National Brut
PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD : Programme des Nations Unies contre le Développement
PPTE : Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
PSF : Pharmaciens Sans Frontières
PV : Procès Verbaux
RAC : Réseau Autonome de Communication
RHODAR : Réseau de Réflexion et d'Action Œuvrant pour l'Humanitaire et le Développement
SP : Sulfadoxine Pyrimethamine
SRO : Solution de Réhydratation Orale
SSP : Soins de Santé Primaires
UE : Union Européenne
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
VAR : Vaccin Anti Rougeoleux
VAT : Vaccin Antitétanique
VIH/SIDA : Virus d'Immunodéficience Humaine et Virus Immunodéficience Acquis
Vit A : Vitamine A

Liste des tableaux et figures

Liste des tableaux

Tableau I. Stratégies de la politique sectorielle et de population (PDDSS, 1998-2007) p.33

Tableau II. Professionnels de santé (secteur public) p.42

Tableau III. Causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans p.49

Tableau IV. Evaluation des étapes de mises en place du CSCOM de Tassiga selon le calendrier prévisionnel p.74

Tableau V. Evaluation des étapes de mises en place du CSCOM de Lellehoye selon le calendrier prévisionnel p.76

Tableau VI. Evaluation des ressources humaines et des structures mises en place au niveau du CSCOM de Tassiga p.80

Tableau VII. Résultats enquête CAP à propos de l'allaitement maternel p.101

Tableau VIII. Résultats enquête CAP à propos de l'hygiène de l'eau p.102

Tableau IX. Résultats enquête CAP à propos de la conduite à tenir par rapport aux diarrhées et à la déshydratation p.103

Tableau X. Résultats enquête CAP sur le paludisme p.104

Tableau XI. Réponses aux questionnaires envoyés aux facultés de médecine à propos de l'action humanitaire étudiante p.126

Tableau XII. Impact de la participation à l'Anophele sur un plan professionnel p.137

Tableau XIII. Impact de la participation à l'Anophele sur un plan personnel p.138

Liste des figures

Figure 1. Programme minimal d'activités du CSCOM de Tassiga p.83

Figure 2. Répartition des pathologies rencontrées au cours de l'année 2005 p.84

Figure 3. Evolution du nombre de consultations postnatales entre 2002 et 2005 p.85

Figure 4. Evolution du nombre d'accouchements réalisés entre 2002 et 2005 p.85

Figure 5. Répartition des vaccinations effectuées chez les enfants p.86

Figure 6. Répartition des activités préventives réalisées en 2005 p.87

Figure 7. Evolution des bilans financiers entre 2002 et 2005 p.88

Figure 8. Bilan financier trimestriel au cours de l'année 2005 p.88

Figure 9. Retentissement sur la pratique médicale p.134

Figure 10. Acquisition de compétences dans le domaine de l'humanitaire p.135

Liste des annexes

Annexe N°1 : Déclaration d'Alma-Ata

Annexe N°2 : Charte d'Ottawa

Annexe N°3 : Objectifs du Millénaire pour le Développement

Annexe N°4 : Infrastructure des CSCOM du Mali

Annexe N°5 : Liste des différents participants aux missions de l'ANOPHELE-RHODAR

Annexe N°6 : Grille d'évaluation des CSCOM

Annexe N°7 : Grille d'entretien pour l'évaluation du CSCOM de Tassiga

Annexe N°8 : Enquête CAP pour l'évaluation des séances de préventions

Annexe N°9 : Liste standard de la dotation initiale en médicaments essentiels d'un CSCOM

Annexe N°10 : Questionnaire et lettre d'accompagnement destinés aux Facultés de médecine françaises

Annexe N°11 : Coordonnées des associations étudiantes ayant répondu au questionnaire

Annexe N°12 : Questionnaire destiné aux anciens membres de l'association ANOPHELE

Annexe N°13 : Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010) - Articulation de la stratégie de coopération française avec les priorités du pays partenaire

PREAMBULE

Après dix années d'action de l'association ANOPHELE, réaliser son bilan nous est apparu comme un élément indispensable. Tout d'abord ce travail sera utile pour l'association ANOPHELE elle-même et son partenaire malien le RHODAR, dans le but de faire le point sur les projets réalisés et ainsi de réorienter l'action future, mais également pour la Faculté de Médecine de Nantes et l'Université. En effet, il existe peu d'Universités ou de Facultés de Médecine en France qui ont au sein de leur structure une association ayant développé un projet humanitaire étudiant dans le cadre d'un partenariat entre pays du Nord et du Sud depuis dix ans. De plus, il existe très peu d'écrits à ce sujet.

D'un point de vue personnel, j'ai eu la chance de m'investir dans l'association ANOPHELE dès la deuxième année de mes études médicales, et de partir au Mali pour la réalisation d'une mission d'été à la fin de ma troisième année, et d'une mission d'hiver l'année suivante (mission de transition entre les équipes des associations ANOPHELE et RHODAR). J'ai également pu réaliser un stage d'externe de deux mois en fin de cinquième année à l'hôpital du Point G de Bamako, et dans le centre de santé de référence du quartier Mali (Bamako-Commune V). Par la suite, au cours de mon internat en médecine générale, j'ai souhaité appréhender la Santé Publique d'un point de vue concret et adapté aux pays en développement. Dans un but de projet professionnel futur avec les pays en développement et le Mali en particulier, j'ai obtenu le Diplôme Universitaire de Santé Publique et Promotion de la Santé (Option Pays en Développement) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Henri Poincaré à Nancy.

Notre travail s'inscrit ainsi, dans une démarche personnelle, mais également dans une politique de relations internationales. En effet, l'Université de Nantes, avec le Professeur François RESCHE¹, s'attache à l'internationalisation des formations en intensifiant les échanges² *"dans le domaine des formations, de la recherche, de la culture et de l'administration universitaire, en Europe et hors Europe, non seulement vers les pays industrialisés, mais aussi en direction des pays émergents"*.

¹ François RESCHE Président de l'Université de Nantes de 2002 à 2007. Représentant du Président Y.LECOINTE pour les actions coordonnées de politique internationale en recherche et prospective.

² Resche F. Déclaration d'intention. Election du président de l'université de Nantes (mandat 2002- 2007).

INTRODUCTION

La santé, définie par l'OMS en 1946 comme « l'état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » a désormais évolué vers une approche plus globale qui prend en compte la capacité d'adaptation à l'environnement³.

C'est sous cet aspect dynamique que la santé publique trouve sa place. Alors que traditionnellement, la notion de santé publique recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles, elle s'est progressivement élargie. On utilise aujourd'hui le terme de santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins »⁴. « La santé publique est devenue une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés »⁵.

C'est en se basant sur ces définitions de la santé et de la santé publique, que différents étudiants de la Faculté de Médecine de Nantes ont, depuis dix années, cherché à contribuer au développement de la santé à travers une démarche de santé publique en faveur de populations défavorisées ayant peu accès aux soins.

En 1997, quelques étudiants de la Faculté, suite à la proposition du Professeur Michel MARJOLET et à la demande du Docteur Yéya Issa MAIGA et son neveu Youssoufa MAIGA, alors étudiant à la Faculté de Médecine de Bamako, ont créé l'association ANOPHELE (Association Nantaise pour les Projets Humanitaires et la Lutte contre l'Exclusion).

³ Briançon S. *Cours de DU en Santé publique Concepts et savoirs de base*. Ecole de Santé Publique, Nancy 2006.

⁴ O.M.S. *La formation supérieure en Santé Publique*. Rap. Techn., Genève 1973.

⁵ Monnier J. et al. *Santé publique. Santé de la communauté*. Simep. 1980.

En parallèle, des étudiants maliens ont créé également une association, le RHODAR (devenue par la suite organisation non gouvernementale – ONG -) afin de travailler en partenariat avec les étudiants nantais. Nous pouvons à ce titre définir la notion de partenariat⁶ par « la relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet, qui repose sur la coopération, respectant l'égalité de pouvoir des parties et se basant sur l'échange, la confiance, le respect des engagements, la transparence et la réciprocité. C'est un processus dynamique qui doit s'inscrire dans la durée, sur des compétences données et une vision partagée d'un objectif de solidarité internationale. »

Le projet avait pour but de venir en aide aux populations d'une région reculée du Mali, située au Nord-est du pays (Commune du Bourra - région d'Ansongo), en dispensant des soins curatifs et en développant la promotion et l'éducation à la santé à travers des séances de prévention. Le projet, tout en gardant comme objectif principal la promotion de la santé, a évolué au fil des années, avec, en 2001, l'ouverture d'un centre de santé communautaire (CSCOM). Depuis, l'action de l'association se poursuit : appui du CSCOM existant, élargissement des séances de prévention à des populations de la région plus éloignées géographiquement, travail en collaboration avec les représentants locaux des différents villages de la région, et de l'Etat malien par rapport à d'autres projets de CSCOM dans la région. Des activités extérieures à la santé ont également vu le jour avec depuis 2005, la collaboration d'étudiants en Ecole vétérinaire. De plus, l'association ANOPHELE a développé différents projets en France dans le but de lutter contre l'exclusion.

Le Mali, pays en développement, fait actuellement face à plusieurs défis majeurs : taux élevés de morbidité et de mortalité, en particulier chez les femmes et les enfants, avec des situations préoccupantes en matière de maladies transmissibles, de malnutrition et de maladies hydro-fécales ; situation critique de certains déterminants de la santé, notamment ceux liés aux faibles revenus, à l'eau, à l'assainissement et aux comportements liés au manque d'hygiène ; persistance de faibles résultats liés à l'accessibilité, à l'utilisation, à la qualité des services ; déficit en ressources humaines au niveau opérationnel, associé à une répartition très inégale dans le pays ; problème crucial de disponibilité ou d'accès pour les populations à des ingrédients clefs du système tels que les médicaments et la transfusion sanguine. Cependant, le système de santé dispose d'atouts importants, tels que l'existence d'instruments de pilotage du secteur de la santé (politique sectorielle, plans de développement sanitaire), la volonté

⁶ Coordination Sud. *Guide du partenariat*, juin 2006.

d'aborder la résolution des problèmes de santé dans le cadre plus large du développement en général, et un engagement politique au plus haut niveau ; l'existence de mécanismes de gestion, de financement à base communautaire et une société civile vivante. Le Mali fait également l'objet au niveau international de multiples programmes de développement, que ce soit par les organismes internationaux, les ONG ou les associations locales particulièrement développées.

Actuellement après dix années d'action de l'association ANOPHELE, nous avons souhaité réaliser un bilan des différentes actions réalisées, tout d'abord au niveau du Mali, mais aussi auprès des anciens membres de l'association en étudiant l'impact de leur engagement au niveau de l'association, d'un point de vue personnel et professionnel. Afin de mieux situer l'ANOPHELE, nous nous sommes également intéressés d'une part en France à l'existence d'autres projets humanitaires au niveau des Facultés de Médecine françaises, et à leur fonctionnement, et d'autre part au Mali à l'action de la coopération internationale et française en particulier.

Dans un premier temps, nous décrirons le contexte du Mali, et de la Commune du Bourra, d'un point de vue géographique, économique, environnemental. Nous exposerons également le système sanitaire et la politique de santé du pays.

Nous présenterons ensuite l'association ANOPHELE (historique, évolution et mode de fonctionnement).

La troisième partie sera consacrée à l'évaluation de l'action menée par les associations ANOPHELE et RHODAR dans la commune du Bourra. Il s'agit d'une évaluation à la fois sommative, car nous ferons le bilan de l'action réalisée depuis dix ans, mais également formative, puisque l'action est toujours en cours, et que le projet continue d'évoluer.

Dans une quatrième partie, nous présenterons les résultats d'une enquête menée auprès des différentes Facultés de Médecine françaises, afin de recenser les projets humanitaires envers les pays en développement à l'initiative d'associations d'étudiants en médecine. Nous étudierons dans le chapitre suivant, l'impact de l'engagement dans l'association ANOPHELE auprès des anciens membres. Puis dans une dernière partie, nous chercherons à présenter l'action de la coopération internationale avec le Mali.

Chapitre I

Le contexte du Mali

I.1.1. A .Situation géographique et administrative

La république du Mali est située en Afrique de l'Ouest, en position charnière entre l'Afrique du Nord arabo-berbère et l'Afrique noire subsaharienne. C'est un pays continental. Il couvre une superficie d'environ 1.241.248 km².

Le Mali partage au nord sa frontière avec l'Algérie ; à l'est, le pays est voisin avec le Niger ; au sud –est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et par la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal.

Le relief est peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres.

Le Mali est traversé par deux fleuves, à savoir le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. Le fleuve Sénégal et ses affluents arrosent la partie septentrionale de cette zone, le fleuve Niger et ses affluents arrosent la partie orientale. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : Hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche.

Ainsi, la zone soudano guinéenne couvre 25 % du territoire, la zone sahélienne 50 % et la zone désertique 25 %. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies qui dure en moyenne 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau de précipitation s'établit entre 1300 mm à 1500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. Une pluviométrie irrégulière a eu pour conséquences plusieurs périodes de sécheresse qui ont rendu l'économie plus volatile et vulnérable aux chocs exogènes (comme la crise en Côte d'Ivoire).

L'accès aux ports maritimes n'est possible qu'à une distance moyenne de 1500 km pour un pays dont l'économie dépend fortement du commerce extérieur.

Le Mali compte :

- 8 régions administratives plus le district de Bamako considéré comme région ;
- 49 Cercles auxquels s'ajoutent les 6 Communes de Bamako considérées au point de vue envergure comme des cercles ;
- 703 Communes urbaines et rurales dans le cadre de la décentralisation.

I.1.1. B. Situation économique et financière

Le Mali est un pays en voie de développement.

Ses ressources proviennent en premier chef de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. Ce **secteur primaire** qui est tributaire des aléas climatiques et du cours des matières premières sur le marché international occupe plus de 80 % de la population et représente au moins 40 % du PIB.

En plus des ressources agricoles, le Mali dispose de potentialités énergétiques, touristiques et artisanales, de même que minières. Présentement, le Mali est premier producteur africain de coton et troisième pays africain producteur d'or.

Les **secteurs secondaires et tertiaires** sont peu développés puisqu'ils représentent respectivement 16 et 40 % selon les enquêtes de la DNSI⁷ en 2001. Malgré les nombreuses planifications industrielles qui se sont succédées, le Mali ne dispose pas d'un tissu industriel moderne et performant. Le développement du secteur privé est insuffisant en raison notamment de l'enclavement du pays, de l'insuffisance du réseau routier, ainsi que du coût élevé de l'énergie et des communications, du faible niveau de qualification de la main d'œuvre et de l'inexistence d'institutions commerciales et bancaires solides.

En ce qui concerne les **finances publiques**, selon le rapport de l'OMS de coopération avec le Mali 2003-2007, l'évolution a été marquée par un doublement des recettes totales entre 1994 et 2000, année au cours de laquelle elles atteignaient environ 270 milliards de FCFA. Ce qui correspond à environ US \$ 415.4 millions soit 15.3 % du PIB. Sur la même période, l'augmentation des dépenses a été moins importante. Il en a résulté une amélioration du déficit budgétaire hors dons, qui est passé de 14,4 % du PIB en 1994 à 9,6 % en 2000.

Toutefois, le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure. Le déficit commercial était de 21,8 milliards de FCFA (US \$ 33.54 millions) en 2000 et le financement extérieur des dépenses en capital constitue près de 80 % de l'ensemble de ces dépenses⁸.

⁷ Enquête statistique réalisée par la direction nationale de la santé.

⁸ Bilan Commun de Pays : Mali, Nations Unies, 2001.

I.1.1. C. Mondialisation et Relations Internationales

Nous pouvons considérer que le Mali subit deux types de dépendances :

- une **dépendance à l'aide étrangère**, qu'elle soit bilatérale (avec la France par exemple) ou internationale.
- une **dépendance au marché mondial**, puisque le Mali vit de ses exportations de coton, d'or et de bétail.

Au niveau international, les politiques économiques maliennes font face aux changements des orientations idéologiques de la Banque mondiale. Ainsi en 2000, le Mali a bénéficié d'une réduction de 158 milliards du service de la dette au titre de la première phase de l'initiative **pays pauvres très endettés (PPTE)**. Cette réduction de dettes a été accordée suite à l'engagement de l'État malien de privatiser de larges secteurs de l'économie, de réduire les dépenses publiques et d'investir dans des domaines prioritaires tels que l'éducation ou la santé. Sur la période 2002-2004, la partie des ressources destinées à la santé s'élève ainsi à 15% et prend la deuxième place après l'éducation par rapport au volume des ressources allouées. Par la suite, en 2005, le G8 a pris la décision d'annuler la dette multilatérale du Mali s'élevant à 1060 milliards de francs CFA.

En ce qui concerne l'aide étrangère, le Mali bénéficie d'un fort soutien de la part de la communauté internationale, notamment en raison de sa stabilité politique et de la confirmation de la mise en place d'un processus de démocratisation. Depuis la rupture avec le régime dictatorial de Moussa Traoré par un coup d'état militaire en 1991 réalisé par Amadou Toumani Touré (ATT) et avec l'appui de la population, et après l'instauration initiale d'un comité de transition, le Mali est aujourd'hui l'un des rares pays d'Afrique à avoir pu mettre en place un régime démocratique. Ainsi, en 1992 a eu lieu la première élection au suffrage universel, avec la nomination du président Alpha Oumar Konaré, auquel a succédé en 2002 le président Amadou Toumani Touré, réélu cette année. Le Mali a été et demeure en termes relatifs un des dix premiers pays receveurs d'aide mondiale. Au cours des dix dernières années, l'Aide publique au développement (APD) a représenté environ 20 % du PNB, 50 % des importations de biens et services, 80 % de l'investissement⁹.

⁹ Source : Banque Mondiale.

Les principaux pourvoyeurs de fonds sont :

- **les programmes des Nations Unies et ceux de la Banque Mondiale**, qui financent différents projets dans les secteurs des infrastructures, du développement rural, du développement humain et des réformes institutionnelles ;

- **l'aide de l'Union Européenne**, qui vise en premier lieu le secteur des transports avec un accent sur l'entretien routier, et, en second lieu, celui de la décentralisation et de l'appui aux structures publiques ;

- **l'aide française**, qui intervient notamment dans les secteurs de l'assistance technique et de l'expertise, de la décentralisation, de l'éducation, de la formation, des infrastructures, des filières agricoles, du secteur privé et de la santé.

Au niveau régional, le Mali appartient à plusieurs organisations dont les principales sont **l'UEMOA** (Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine), dont le siège est à Bamako ; **la CEDEAO** (Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest) ; **l'Union Africaine**, dont l'organe exécutif est dirigé depuis 2003 par l'ancien président du Mali, Alpha Oumar Konaré et qui est le principal interlocuteur des bailleurs de fonds participant au nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (**NEPAD**). L'intégration du Mali dans ces différentes organisations ou institutions régionales lui permet de multiplier ses sources de financement et surtout ses coopérations en matière de développement. L'engagement en faveur de l'intégration régionale, alors que l'obtention de certaines aides est conditionnée au strict respect des critères de convergence économique fixés par l'UEMOA, est un signe favorable pour les principaux bailleurs de fonds.

La réalité économique du Mali intègre également le rôle essentiel tenu par **les migrants** (4 millions de personnes). En effet, les Maliens qui ont émigré participent à la vie économique en rapatriant au pays une partie des ressources qu'ils gagnent à l'extérieur. Leur apport économique est loin d'être négligeable puisqu'il serait de l'ordre de 60 millions d'euros par an, somme équivalente à toute l'aide française au développement du Mali.

I.1.1. D. Population et pauvreté

❖ Généralités

La population du Mali est estimée à 13 518 000 habitants selon le dernier rapport de l'OMS concernant l'état de santé dans le monde¹⁰.

Selon ces mêmes sources, le taux d'accroissement annuel est estimé à 2,9 % ; l'espérance de vie à la naissance est de 44 ans pour les hommes et 47 ans pour les femmes ; le taux de fécondité par femme est de 6,8 ; la population de moins de 15 ans représente 48 % et celle des plus de 60 ans 4,3 %.

❖ Transition démographique

Le Mali fait face comme beaucoup de pays d'Afrique à un fort taux de natalité pour un taux de mortalité qui diminue progressivement.

On assiste alors à une transition démographique caractérisée par une explosion démographique en raison de la persistance d'un taux de fécondité par femme élevé.

Après observations des schémas de transitions démographiques de divers pays, notamment à partir du modèle des pays développés ayant terminé leur transition démographique depuis longtemps, et plus récemment de modèles comme la Chine ou le Brésil ayant également terminé cette étape de leur développement, on a pu remarquer que la transition démographique s'inscrit dans un contexte de transition plus général, touchant aussi bien l'environnement économique, socioculturel, que sanitaire et politique. Elle s'accompagne ainsi d'un certain nombre de changements structurels, ayant un impact sanitaire et épidémiologique particulièrement important en termes de santé publique.

D'après le rapport de l'OMS de 2001 concernant l'état de la transition démographique en Afrique, il est intéressant de s'intéresser aux facteurs pouvant expliquer le retard de la plupart des pays de l'Afrique, subsaharienne notamment.

¹⁰ OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*. 2006.

Nous pouvons ainsi citer les facteurs suivants :

- la précocité des mariages ;
- le faible taux d'utilisation des contraceptifs ;
- la forte demande d'enfants en raison de la tradition, de la religion et de la mortalité infantile ;
- la multitude des programmes formulés et mis œuvre, sans coordination effective ;
- la persistance de coutumes et de croyances ancestrales qui privilégient la famille nombreuse, le mariage précoce et la polygamie ;
- la nécessité d'avoir plusieurs enfants qui aident aux travaux agricoles ;
- le faible niveau d'instruction et les difficultés d'accès aux installations sanitaires en raison de l'insuffisance des infrastructures ;
- l'ignorance des facteurs démographiques dans la planification du développement.

❖ Urbanisation

La population vivant en milieu rural au Mali est importante puisqu'elle représente environ 70 % de la population.

Cependant, la population du pays étant jeune, elle présente une grande mobilité spatiale, notamment en direction des centres urbains qui connaissent une forte croissance (+5% par an). Ainsi Bamako compte environ 1,3 millions d'habitants¹¹, soit 11 % de la population du pays. Si cette dynamique se poursuit, il est estimé qu'en 2020, le taux d'urbanisation sera de 44,6 % contre 24,6 % en 1996.

Nous pouvons également noter que les trois quarts de la superficie du territoire abritent moins de 10 % de la population, cela étant dû à l'étendue des zones désertiques du Nord du pays.

¹¹ Source : INED (Institut National d'études démographiques) 2003.

❖ **Pauvreté et index de développement humain**

La pauvreté est un phénomène généralisé au Mali.

Elle peut être caractérisée par trois formes¹² :

- la pauvreté des conditions de vie (alimentation, éducation, santé, logement) ;
- la pauvreté monétaire ou de revenu ;
- la pauvreté de potentialité par manque de capital.

Le taux de la population qui vit en dessous du seuil de la pauvreté est estimé à 64,2 %, et celui de la population vivant dans l'extrême pauvreté à 35 %.

Le taux de scolarisation a augmenté et a atteint 67,7 % en 2003. Mais la proportion d'analphabètes, surtout en milieu rural et chez les femmes est particulièrement élevée. Les indicateurs de santé (cf. chapitre I.2.2) sont tout aussi faibles que ceux de l'éducation.

Le milieu rural enregistre en général une incidence et une profondeur de la pauvreté plus forte qu'en milieu urbain.

Le produit intérieur brut par habitant est évalué à 830 dollars¹³.

Le Mali appartient au groupe des **pays à faible niveau de développement humain** avec un index de développement humain (IDH) à 0,50, IDH qui tend malgré tout vers une amélioration depuis 1994.

L'**IDH** ou index de développement humain est une reconnaissance mondiale d'indicateur pratique introduite en 1990 par le programme des nations unies pour le développement (PNUD) qui permet de prendre en compte des indicateurs tel que le PNB par habitant, associé à des enjeux sociaux particuliers, comme l'expansion de l'éducation, la couverture maladie de base, le niveau d'équipement sanitaire du pays, le degré de liberté des femmes, l'espérance de vie à la naissance et la surveillance épidémiologique. En 2006, le Mali était classé 174^{ème} sur 177 au niveau mondial par rapport à l'IDH.

¹² Source : PRODESS II.

¹³ Source : OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*. 2006. (données de 2004).

Malgré un environnement national caractérisé par une bonne gouvernance démocratique, un processus de décentralisation relativement avancé et prometteur, une gestion macroéconomique et des réformes structurelles satisfaisantes appuyées massivement par la communauté internationale, le Mali est bien l'un des pays pris dans le piège de la pauvreté, en raison de contraintes naturelles et structurelles fortes qui minent les efforts de développement du pays.

I.1.1. E. Problématiques environnementales

Selon le rapport de la Commission Européenne (Profil Environnemental du Mali Rapport final provisoire – Mars 2006), le Mali fait face à la fois à une croissance de sa population, à une diminution de ses ressources alimentaires et à une dégradation galopante de son environnement, ces trois facteurs interagissant les uns avec les autres.

Les éléments qui animent cette dynamique sont la pauvreté chronique de la population, la productivité nationale dominée par une agriculture de subsistance et le fait que le bois constitue la principale source d'énergie domestique.

De plus, la surexploitation des terres arables disponibles et la pratique extensive des activités agricoles (agriculture et élevage) tendent à aggraver les problèmes d'érosion des sols et de désertification. Par ailleurs, la sécheresse et la diminution notoire des ressources en eau sont des facteurs importants limitant le développement du pays.

En milieu urbain, on constate une détérioration du cadre et de la qualité de vie due à l'action anthropique avec des conséquences négatives sur la santé et le bien-être des populations : développement de l'habitat précaire, problèmes d'hygiène et d'insalubrité liés notamment à la prolifération des déchets solides et liquides, la pollution des eaux, de l'air avec l'augmentation du parc des véhicules en mauvais état, les nuisances sonores.

Après avoir présenté le Mali, nous nous intéresserons plus particulièrement à la commune du Bourra, lieu de l'action de l'association Anophele-Rhodar.

I.1.2. Présentation de la commune du Bourra

I.1.2. A. Situation géographique

Le Bourra se situe au Nord et à l'Est du Mali.

La commune appartient au cercle d'Ansongo, et fait parti de la région de Gao (septième région), située à plus de 1300 km de Bamako, et proche de la frontière avec le Niger.

Elle est limitée au Nord par la ville d'Ansongo, au Sud par la commune d'Ouatagouna, à l'Est par celle de Tin-Hamma et à l'Ouest par la commune de Tessit.

La commune du Bourra compte huit villages : Tassiga (Chef lieu), Goléa, Lellehoye, Kounsoum, Tonditihio, Gassi, Golingo et Youni.

Elle est traversée par le fleuve Niger, et par la route transsaharienne qui la relie au Niger, au Burkina Faso, puis au Togo, au Bénin, au Ghana et au Nigéria.

I.1.2. B. Caractéristiques de la population

La population totale est de 18 053 habitants¹⁴.

Elle est musulmane à presque 100 %.

Elle est composée de sédentaires et de nomades. Les ethnies de la commune sont:

- les Sonrhāï (majoritaires) sédentaires et agro pasteurs,
- les Tamasheq éleveurs,
- les Peuhls éleveurs,
- les Touaregs.

¹⁴ Sources : Recensement administratif et financier à caractère fiscal organisé par la commune en 2004 avec l'appui financier du PADL. D'après le plan de sécurité alimentaire de la commune du Bourra 2005-2009.

I.1.2. C. Situation économique

Cette région est une des plus pauvres du Mali de part sa situation géographique enclavée et éloignée de Bamako et du reste du pôle économique du Mali.

Les principales activités économiques de la commune sont :

➤ **L'agriculture** :

Elle est basée sur la culture du riz, du mil et du sorgho. Le riz demeure toutefois la culture dominante dans la commune. Il existe aussi quelques exploitations maraîchères d'oignons, de manioc, de gombo...

Le système de production reste encore traditionnel avec cependant un usage de plus en plus courant de charrues. Il existe sept périmètres irrigués dans la commune.

➤ **L'élevage** :

Il est intensif et porte sur l'élevage des bovins, d'ovins et de caprins. La commune dispose de 2 parcs de vaccination : un à Tassiga et un autre à Lellehoye.

➤ **La pêche** :

Elle est pratiquée tout le long du fleuve Niger. Elle constitue une activité économique importante qui favorise les échanges avec la République voisine du Niger.

➤ **Le commerce** :

Il est pratiqué indifféremment par les différentes ethnies de la population et intéresse divers articles tels que les céréales, le bétail et le poisson. Il existe 3 marchés dans la commune (Lellehoye, Herba, Tassiga).

➤ **L'artisanat** :

Il demeure un secteur économique marginal par rapport aux trois premiers cités. Il intéresse la forge, la poterie et le tissage des nattes essentiellement.

I. 2. Le contexte politico sanitaire

I.2.1. Historique des étapes de la politique de santé au Mali

I.2.1. A. Déclaration d'Alma-Ata et soins de santé primaires (SSP)

De nombreuses coopérations bilatérales ou multilatérales se sont développées au moment de la décolonisation pour tenter de pallier au retrait des forces et des structures précédemment mises en place.

En 1977, les gouvernements des pays du Sud se sont fixés un objectif commun pour leur politique de santé, à savoir « **la santé pour tous en l'an 2000** ».

L'objectif principal était la distribution équitable des ressources pour assurer l'accès de la grande majorité des gens à celles-ci.

Dans le but de se rapprocher de cet objectif, le concept de soins de proximité a progressivement émergé pour aboutir en 1978 à la conférence d'Alma-Ata (capitale de la République du Kazakhstan) et à la naissance des soins primaires.

❖ Déclaration d'Alma-Ata

La Conférence d'Alma-Ata a débouché sur la déclaration d'Alma-Ata (cf. annexe n°1) qui met en avant les points suivants :

« Les soins de santé primaires sont des soins essentiels, efficaces et accessibles, c'est à dire à la portée de tout le monde. »

Ils visent :

- **L'accessibilité financière**

Les soins sont accessibles à tous à un coût abordable.

- **L'accessibilité géographique**

Les soins sont disponibles à proximité.

- **L'accessibilité socioculturelle**

Les soins s'intègrent dans la tradition.

- **La participation communautaire**

L'identification dans les populations des villages et des quartiers des représentants qui participent à l'organisation du système.

- **L'intégration dans le système de santé**

Tous les états qui décident d'adhérer à cette nouvelle proposition de l'OMS, ont dû intégrer la démarche de soins de santé primaires dans leurs programmes de santé.

- **L'équité et la justice sociale**

Toute la population doit avoir accès aux soins, surtout les plus pauvres et les plus exposés.

Cette déclaration a conduit à une refonte des systèmes de santé avec la volonté de développer les soins de proximité et de mettre en place une pyramide sanitaire à plusieurs niveaux. Chaque niveau a des missions bien définies et doit couvrir le nombre d'habitants dans une zone géographique déterminée.

❖ **Les composantes des soins de santé primaires** (SSP)

Les soins de santé primaires orientent les activités vers la **participation communautaire** et s'organisent dans les quartiers et les villages grâce à de nouveaux acteurs, les agents de santé communautaire.

Ceux-ci doivent être désignés par la communauté de façon à en faire partie intégrante et à représenter l'antenne de santé la plus proche de la population et la plus éloignée des autorités de santé, capable de répondre aux besoins quotidiens au moindre coût. Ces agents peuvent avoir eu une formation courte à très courte et sont supervisés par des personnels dont la qualification peut être médicale ou infirmière.

Les composantes des soins de santé primaires sont classiquement représentées autour de huit éléments, mis en œuvre sur le terrain par les **agents de santé communautaire** :

- l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

I.2.1. B. La charte d'Ottawa

Lors de la Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, le 21 novembre 1986, une Charte (cf. annexe n°2) est adoptée en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de "*la santé pour tous en l'an 2000*".

Elle réaffirme l'importance de donner aux individus la possibilité de mieux maîtriser leur propre santé avec davantage de moyens pour l'améliorer grâce à :

- de nouvelles politiques de santé ;
- un environnement favorable ;
- une action communautaire ;
- des aptitudes individuelles ;
- une réorientation des services de santé.

La charte d'Ottawa a été révisée en 2005 par la **charte de Bangkok** qui définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Elle souligne l'évolution de la situation de la santé mondiale et les défis à relever pour atteindre les buts fixés, notamment en ce qui concerne la double charge des maladies transmissibles et des maladies chroniques.

I.2.1. C. Initiative de Bamako (IB)

C'est en 1987, au Mali, lieu où se situait la réunion, que l'Initiative de Bamako (IB) a été retenue.

Sur proposition de l'UNICEF, et après adoption par les Ministres africains de la santé, et acceptation par l'OMS, l'IB a lancé et officialisé l'idée que **la population doit participer au financement de ses soins** dans des marges contenues pour maintenir la **viabilité du système**.

L'IB¹⁵ se place en tant que véritable relance de la stratégie des soins de santé primaires définie quelques années auparavant, dans un contexte politique où l'application des SSP est particulièrement difficile en raison des contraintes économiques de la plupart des pays africains, ayant un système de santé défaillant.

C'est une véritable innovation car il en découle la fin du système d'assistance publique mais aussi la reconnaissance que la participation communautaire a un prix : la qualité des soins. La notion de gratuité des soins disparaît progressivement et parallèlement l'idée que la communauté doit participer à sa propre prise en charge se renforce.

Ses objectifs spécifiques sont :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des Médicaments

Essentiels ;

- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Cependant il est rapidement apparu des limites à l'Initiative de Bamako, celle-ci étant souvent accusée d'avoir développé l'exclusion des populations les plus défavorisées, et d'avoir renforcé les difficultés d'accès aux services spécialisés en raison de l'importance du recouvrement des coûts.

¹⁵ Banque Mondiale. Ridde Valérie. *L'Initiative de Bamako, 15 ans après, un agenda inachevé*, 2004.

Le Mali¹⁶ s'est montré un pionnier dans cette approche puisque en 1983 déjà, le principe de tarification des actes médicaux était instauré dans les hôpitaux et était étendu l'année suivante aux formations sanitaires publiques.

C'est à partir de 1989 que le premier **centre de santé communautaire (CSCOM)**, géré, non plus par l'Etat, mais par la communauté à travers une **association de santé communautaire (ASACO)**, est inauguré. Il s'agit du CSCOM de Bankoni, établi dans un quartier pauvre de Bamako.

Dès 1990 est créé un groupement d'intérêt économique (GIE) qui devait permettre d'assurer l'approvisionnement en médicaments génériques de centres communautaires.

Le succès rencontré par ce premier centre de santé, et qui s'est doté très rapidement d'une maternité, a conduit à une explosion de demandes émanant d'autres quartiers de Bamako.

I.2.1. D. Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) et Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)

En 1990, le gouvernement adopte une **politique sectorielle** de santé et de population dont les stratégies ont comme objectif de servir de cadre de référence aux projets et programmes sanitaires.

Parmi les grandes orientations définies à l'époque, nous pouvons noter que :

- la priorité est donnée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio- sanitaire et au bien être des familles ;
- la santé est un élément indispensable du développement socioéconomique ;
- la planification doit tenir compte des ressources disponibles, doit mobiliser tous les acteurs (Etat, particuliers, ONG, bailleurs de fond) et les populations bénéficiaires.

¹⁶ Banque Mondiale Région Afrique. *Utilisation des services de premier niveau au Mali*, avril 2005.

Le **plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007)**, adopté en 1998, et basé sur une approche programme, se situe dans le prolongement de la politique sectorielle et de population et de la politique de solidarité.

Le **programme de développement sanitaire et social (PRODESS)** est un document contenant l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de 5 ans afin de mettre en œuvre le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social. Il existe deux phases (PRODESS 1 = 1^{ère} période de 5 ans et PRODESS 2 = 2^{ème} période).

Le tableau ci-dessous résume les stratégies du PDDSS¹⁷.

Tableau I. **Stratégies de la politique sectorielle et de population (PDDSS, 1998-2007)**

- Faire évoluer la notion de **pyramide sanitaire** d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle à travers un réseau de centres de santé communautaires, le développement des structures de référence et l'amélioration de la qualité des soins ;
- Garantir la disponibilité et l'accessibilité financière du **médicament essentiel** ainsi que parvenir à la rationalisation de distribution et de la prescription ;
- Développer la **participation communautaire** à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système y compris le recouvrement des coûts ;
- Promouvoir un **secteur privé** dynamique et complémentaire du système public ;
- Elaborer des **cartes sanitaires** de cercle sur la base de concentrations optimales de population dans des aires géographiques appelées aires de santé ;
- Différencier les fonctions de **soins de santé primaires**, de **soins de santé de référence** et de gestion du système ;
- **Réhabiliter** et si nécessaire, construire des structures légères de soins comprenant dans un premier temps, un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels, dénommés centres de santé communautaires au sein des aires de santé ;
- **Organiser la participation de la population** dans la gestion, la réhabilitation et la construction des centres de santé communautaires.

¹⁷ Source : Banque Mondiale Région Afrique. *Utilisation des services de premier niveau au Mali*, 2005.

La **première phase du PRODESS** (PRODESS I 1998-2002) définit cinq volets :

- extension de la couverture sanitaire et amélioration de la qualité des services ;
- lutte contre l'exclusion sociale (personnes âgées) ;
- développement des formes et des modalités de financement alternatif de la santé pour pallier aux difficultés d'accès aux services de base et assurer un financement durable et équitable de la santé des populations ;
- développement des ressources humaines ;
- renforcement institutionnel (approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins, réforme hospitalière, organisation et coordination de la recherche).

L'évaluation de cette première phase du PRODESS montre la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement au niveau des mères et des enfants. Les résultats atteints sont donc considérés comme modestes.

On peut tout de même estimer que cette première phase a permis de lancer le programme, et que la politique sectorielle étant désormais en place, la deuxième phase devrait permettre l'accélération des démarches mises en œuvre afin de rendre possible :

- la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile, en luttant contre les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme, la malnutrition, les maladies transmissibles comme le VIH ou la tuberculose ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, en développant les soins prénatals, obstétricaux et en luttant contre les carences nutritionnelles et les maladies transmissibles ;
- l'extension de la couverture des soins primaires au niveau des zones les plus pauvres ;
- le renforcement des stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC) et des actions de prévention.

La première phase du PRODESS initialement prévue pour la période 1998-2002 a pris une année de retard à son démarrage. Il en découle un décalage au niveau de la deuxième phase à la période 2005-2009, l'année 2004 ayant été celle de l'évaluation et de la rédaction du PRODESS II.

Cette **deuxième phase** se caractérise par l'évolution du PRODESS en deux composantes : une composante Santé et une composante Développement Social.

La **composante Santé du PRODESS II** se présente en sept volets :

- accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ;
- amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- accessibilité financière, soutien à la demande et la participation ;
- réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche ;
- renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

La **composante Développement Social** s'articule autour de 5 volets :

- renforcement de la solidarité et lutte contre l'exclusion sociale ;
- lutte contre la pauvreté ;
- renforcement de la protection sociale ;
- renforcement institutionnel ;
- développement des ressources humaines.

Elle dépend du ministère du Développement Social de la Solidarité et des Personnes Agées, suite à la séparation du ministère de la Santé et de la Solidarité en 2000 en deux ministères.

Cette composante s'inscrit dans une dynamique de consolidation des acquis du PRODESS I et s'intègre dans la dynamique du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (cf. chapitre suivant).

I.2.1. D. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)

Dans le but de résoudre les problèmes de pauvreté, le gouvernement a élaboré en 2002 un **Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)**, qui constitue le cadre de référence de ses politiques et stratégies de développement.

Il vise à long terme (2015) les **Objectifs du Millénaire pour le Développement** promulgués par l'OMS (cf. annexe N°3).

Compte tenu du fait que les problèmes de pauvreté sont marqués par un faible accès aux services sociaux essentiels de base (accès à l'eau potable et aux mesures sanitaires de base), le CSLP a retenu parmi ses objectifs d'assurer à tous les maliens et aux plus démunis en particulier, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à la santé. Cet objectif d'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer aux processus de développement constitue également celui du Plan de Développement sanitaire et social (PDDSS) 1998-2002.

Afin de mettre en œuvre les objectifs du CSLP, le gouvernement malien a élaboré en 2003 un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), qui s'inscrit dans le cadre des réformes de la gestion publique.

Par ailleurs, le CSLP s'intègre dans le **Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)** lancé en 2001.

L'évaluation récente de la mise en œuvre du premier CSLP montre un faible niveau de réduction de la pauvreté sur la période 2002-2006, qui peut s'expliquer par la faible maîtrise de la croissance démographique, l'insuffisance du taux de croissance de l'économie malienne, la répartition inégale des fruits de cette croissance, et un accès toujours insuffisant à certains services de base.

Aussi, pour la période 2007-2011, le Gouvernement a préparé un **Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR)**, qui constitue désormais le cadre unique de référence des politiques et stratégies de développement du Mali.

Il est fondé sur un scénario volontariste de croissance économique moyenne de 7% par an afin de ramener l'incidence globale de la pauvreté de 59,2% à 53% en 2011.

Ce CSCRП propose trois orientations stratégiques :

- le développement des infrastructures et du secteur productif ;
- la poursuite et la consolidation des réformes structurelles ;
- le renforcement du secteur social.

I.2.2. Organisation du système de santé

I.2.2. A. Organisation administrative

Le système de santé est structuré en trois niveaux :

- central ;
- régional ;
- subrégional.

L'administration centrale est chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution. Elle assure la coordination et le contrôle technique des services régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du Ministère chargé de la santé et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé.

Les services techniques des régions sont chargés d'appuyer et de contrôler ceux des cercles. Les services techniques des cercles élaborent les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC), planifient les actions, organisent la mise en œuvre, et contrôlent les résultats des actions exécutées.

Les collectivités locales participent à l'administration de la santé dans des conditions définies par le Code des collectivités territoriales.

Ainsi, le Conseil Communal, le Conseil de Cercle et l'Assemblée Régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils décident également des mesures d'hygiène publique, d'assainissement, et de solidarité en direction des populations vulnérables.

I.2.2. B. Offre de soins

I.2.2. B.1. La pyramide sanitaire

L'offre de soins au Mali¹⁸ est représentée par la pyramide sanitaire. Elle comprend des structures :

- de *premier niveau* :

Il s'agit des **centres de santé communautaires (CSCOM)**.

Ils se situent au niveau des aires de santé. On en compte environ 730.

On peut citer également à ce niveau les centres confessionnels et associatifs, et les cabinets privés à but lucratif.

- de *second niveau* :

Il s'agit des **centres de santé de référence (CSREF)**.

Chaque district de santé ou cercle comprend un centre de santé de référence. On en compte 56.

- de *troisième niveau* :

Il comprend les **hôpitaux (régionaux et nationaux)** et les cliniques privées (principalement à Bamako).

On compte 7 hôpitaux régionaux, et 3 hôpitaux nationaux (l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré à Bamako, et l'hôpital de Kati).

Se trouvent également à ce niveau le centre national d'odontologie et de stomatologie ainsi que des établissements spécialisés comme le centre d'ophtalmologie tropicale (IOTA).

¹⁸ Banque Mondiale, Région Afrique. Martine Audibert & Eric de Roodenbeke. *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*, Avril 2005.

I.2.2. B.2. Les CSCOM et leur fonctionnement

A la base de la pyramide sanitaire, se trouve les CSCOM, qui couvrent la population d'une **aire de santé**.

Les aires de santé sont définies par :

- la *superficie* : en zone rurale, elles desservent plusieurs localités distantes de 0 à 15 km, au plus. A Bamako, les aires de santé sont les communes.
- la *population totale* : elle est théoriquement comprise entre 5000 habitants et 15000 habitants.

Le CSCOM est une structure privée à but non lucratif, appuyée par l'Etat.

Il est constitué (cf. annexe n°4) d'un dispensaire, d'une maternité, et d'un dépôt de médicaments.

Sa gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée **ASACO** (association de santé communautaire). Elle est représentative des habitants de l'aire de santé. Le rôle de ces associations est de faciliter l'accès de la population aux activités du CSCOM et de susciter leur participation à la prise en charge de leur santé. Elles ont en charge la gestion financière du CSCOM et l'application des activités de promotion de la santé. Ces fonctions sont confiées à un conseil de gestion, qui est élu par les membres de l'ASACO pour une période de trois ans. Chaque membre de l'ASACO reçoit une carte d'adhérent qui lui permet de voter lors des assemblées générales et de bénéficier des tarifs préférentiels pour lui et sa famille en cas de consultation au CSCOM.

Afin de venir en appui aux ASACO, l'Etat a signé une **convention d'accord mutuel**, qui lie l'Etat aux CSCOM en leur donnant des avantages tels que l'exemption d'impôts, les activités de formation, l'obtention de subventions.

De plus les ASACO se sont organisées en fédération nationale (FENASCOM), structure qui sert d'appui en cas de difficultés rencontrées au sein d'une ASACO.

Les activités des CSCOM sont définies par le **paquet minimal d'activités**¹⁹, qui est constitué:

- d'activités cliniques qui comprennent le diagnostic et le traitement des maladies courantes, et la référence des cas plus complexes au niveau du district ;
- d'activités préventives qui comprennent la vaccination, les consultations pré et postnatales, les consultations infantiles systématiques, les activités d'hygiène, l'IEC, l'information sur la contraception, les activités de développement communautaire ;
- d'activités obstétricales avec les accouchements assistés simples ;
- d'activités médico-techniques, principalement les analyses de base (tests sur urines, analyses de selles, bilans sanguins standards,...) ;
- d'activités pharmaceutiques avec la distribution des médicaments essentiels ;
- d'activités de gestion, incluant la gestion de l'ensemble des ressources, la tenue régulière du conseil de gestion, l'analyse et la transmission de l'information sanitaire.

Pour assurer la continuité des soins de qualité, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le **centre de référence** auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent sa compétence (évacuations). A cette fin, chaque CSCOM devrait être équipé d'un réseau autonome de communication (**RAC**) pour avertir, en cas d'évacuation, le centre de santé de référence qui enverra son ambulance.

I.2.2. B.3. Le secteur privé, le secteur confessionnel et le secteur informel

La libéralisation des professions sanitaires a conduit à un développement rapide du secteur privé médical et paramédical. Ce dernier se répartit entre les cabinets (159), les cliniques (139) et les établissements de soins confessionnels (29).

¹⁹ République du Mali. Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité. *Plan Décennal de développement Sanitaire et Social 1998-2007 (PDDSS)*. 1998.

Le secteur confessionnel est relativement peu développé au Mali en comparaison avec d'autres pays d'Afrique de l'Ouest principalement en raison du fait que le Mali est de religion majoritairement musulmane. On compte cependant 23 structures confessionnelles, qui pour la plupart dispensent des soins de proximité.

Le secteur informel est caractérisé par les praticiens ou infirmiers, fonctionnaires en exercice ou à la retraite, qui travaillent de façon parallèle pour leur propre compte à domicile. Ce secteur difficile à évaluer semble être une pratique assez répandue, qui concurrence le secteur public.

I.2.2. B.4. Le secteur traditionnel

Le ministère de la santé entretient depuis de nombreuses années des relations avec le secteur traditionnel, par l'intermédiaire de ses Instituts de recherche²⁰. Le but est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé en utilisant les ressources locales, et en organisant la médecine traditionnelle afin d'assurer une bonne collaboration entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle.

Cependant, cette coopération reste ambiguë ou restreinte dans la mesure où les données concernant le nombre de praticiens et leur répartition ne sont pas disponibles. Nous pouvons tout de même savoir²¹, que ceux-ci sont très nombreux. Ainsi, on en déclare pratiquement un par village. Leurs compétences varient énormément d'un praticien à l'autre (certains étant spécialistes d'un mal particulier, d'autres étant plus polyvalents).

I.2.2. B.5. Le personnel médical

Le schéma ci-dessous répertorie les différents professionnels de santé exerçant dans la fonction publique au Mali.

²⁰ Département de médecine traditionnelle au sein de l'INRSP, en collaboration avec l'OMS.

²¹ Banque Mondiale, Région Afrique. Martine Audibert & Eric de Roodenbeke. *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspective*, avril 2005.

Tableau II. **Professionnels de santé** (secteur public)²²

Catégories	Effectifs	Ratios (1)	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	14612	10000
Infirmiers d'Etat	579	18145	15000
Infirmiers	751	13989	5000
Sages femmes	490	21440	5000
Infirmières obstétriciennes	169	62163	5000

(1)Le ratio correspond au nombre d'habitants par catégorie de professionnels.

Au niveau des CSCOM, alors que le profil minimum du personnel, défini en 1998 (PDDSS 1998- 2007), devait être un infirmier diplômé d'Etat (comme chef de poste), une matrone (comme responsable de la maternité) et un gérant de dépôt de médicaments, les données sur le personnel montrent que ce profil minimum est loin d'être atteint en 2003. Car si les médecins sont très peu nombreux (18 % des centres ruraux en ont un), c'est également le cas pour les infirmiers diplômés d'Etat (on compte 239 IDE pour 930 centres, soit 26 % en 2003). Plus de 40 % des centres sont dirigés par un infirmier de 1er cycle et 11 % par un aide-soignant ou une matrone²³. Ces chiffres nationaux masquent d'importantes disparités régionales.

Au niveau du Mali en général, en 2000, on comptait 1134 médecins dont 675 se trouvaient dans la fonction publique, essentiellement affectés dans les structures de second niveau et dans les hôpitaux ainsi que dans les équipes cadres au niveau des districts sanitaires des cercles ou au niveau régional ou national.

On note une répartition inégalitaire entre Bamako et le reste du Mali qui concerne tous les personnels de santé. Ainsi, en 2002, 32% des médecins, 66% des sages-femmes contre 23% des infirmiers (IDE et 1^{er} cycle) exerçaient à Bamako dans les structures de 1er et 2ème niveau.

²² Source : Rapport Direction Nationale de la santé 2001.

²³ Source : DNS III (Direction Nationale de la Santé, IIIème enquête statistique).

I.2.3. Etat des lieux de la situation sanitaire du Mali

I.2.3. A. Généralités

La situation sanitaire du Mali est caractérisée par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevée, notamment chez les femmes et les enfants. Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, les maladies liées à l'insuffisance d'accès à l'eau potable constituent les déterminants du bas niveau de santé des populations. A cela s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles mentaux, etc....

La situation sanitaire de la population du Mali est tributaire de son niveau actuel de développement socio-économique. Elle demeure préoccupante malgré l'évolution croissante des dépenses de santé dans le budget de l'Etat (1995 : 8,01 % à 10,01 % en 2001 et 15% en 2004).

I.2.3. B. Indicateurs sanitaires

Nous pouvons citer quelques indicateurs sanitaires²⁴ tels que:

- le taux de mortalité infantile = 113 ‰
- le taux de mortalité juvénile = 130 ‰
- le taux de mortalité infanto juvénile = 229 ‰
- le taux de mortalité maternelle = 500 à 600 ‰ naissances vivantes
- le taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 ans²⁵ :
 - BCG : 73% ;
 - DTCP1 : 76% ;
 - DTCP3 : 52%
 - Rougeole : 53%.
- le taux de couverture sanitaire : 30 à 40% dans un rayon de 5 et 15 km

²⁴ OMS. *Stratégie de coopération avec le Mali (2003-2007)*, et d'après EDSM III (Enquête Démographique et de Santé Mali IIIème enquête).

²⁵ Source : Annuaire Statistiques du Système d'information Sanitaire DNSP-DE 1992-2000 et Rapports d'activités du Centre National des Immunisations.

I.2.3. C. Principales causes de mortalité et de morbidité

I.2.3. B.1. Les maladies prioritaires

❖ Le paludisme :

Selon le système local d'information sanitaire 2002, les fièvres présumées accès palustre occupent la première place parmi les motifs de consultation au Mali. Cette affection constitue la première cause de morbidité générale et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans²⁶. Elle est à l'origine de la moitié des convulsions fébriles chez les enfants et de la moitié des anémies chez les femmes enceintes. Elle représente enfin, la première cause d'absentéisme au travail et à l'école.

Depuis 1992, à l'initiative de l'Etat malien, il existe à Bamako, au sein de la Faculté de médecine, un centre de recherche et de formation sur le paludisme mondialement reconnu et dirigé par le Professeur Ogobara DOUMBO.

❖ Le VIH/SIDA

Selon EDSM III, le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est de 1,7 %, ce qui est faible en comparaison à d'autres pays d'Afrique, mais ce qui n'empêche pas le Mali de considérer avec la plus haute attention le problème de l'expansion du VIH.

Ainsi l'Etat s'est engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA par l'intermédiaire du Plan National de Lutte contre le Sida, puis du Haut Conseil de lutte contre le Sida. En 2001, l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre le Sida sur cinq ans détermine les orientations à prendre en matière de lutte contre le VIH/SIDA par les partenaires nationaux et internationaux. L'Etat poursuit sa lutte contre la maladie avec, en 2004, la déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA. Actuellement, la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA s'attache à accélérer la prévention et à décentraliser les soins et les traitements dans le but de favoriser l'observance.

Le Mali bénéficie également du soutien des organismes internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA (exemple : ONU-SIDA, programme ESTHER de l'Union Européenne).

²⁶ Programme Mali-OMS. *Profil national du Mali sur le statut Environnement Sain pour les enfants*. Bamako, novembre 2004.

❖ La Tuberculose

L'évolution de la notification des cas de 1995 à 2005 montre une augmentation progressive des cas de tuberculose, toutes formes confondues.

On note en 2005 une prévalence de 578 cas de tuberculose pour 100 000 habitants, et une incidence de 278 cas par an pour 100 000 habitants²⁷. Le pourcentage de nouveaux cas multi résistants est estimé à 1,4%.

❖ Les Schistosomias

Les deux formes de schistosomias (urinaire et intestinale) constituent au Mali, un véritable problème de santé. Malgré un programme de lutte contre la maladie créé depuis 1979 avec l'appui des partenaires au développement, le fléau continue de faire des victimes, surtout chez les petits enfants. Selon une étude de l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP), on estime qu'environ 2,5 millions de personnes sont infectées, notamment dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti et dans le District de Bamako.

1.2.3.B.2. Les maladies à éradiquer et à éliminer

❖ La poliomyélite

Les Journées Nationales de Vaccination (actuellement administration de vaccins oraux buvables ou de vaccins injectables selon les campagnes et les modalités d'administration) combinées à une surveillance stricte de tous les cas de Paralyse Flaccide Aiguë, ont contribué à ce qu'il n'y ait quasiment plus de cas de poliomyélite confirmés dus au poliovirus sauvage depuis 1999.

Cependant après plusieurs années consécutives où aucun cas n'avait été enregistré, on a pu assister à une résurgence de la maladie, avec 19 cas relevés en 2004, 3 cas en 2005 (mais 0 cas en 2006)²⁸.

²⁷ OMS. *Tuberculosis country profile*, 2006

²⁸ OMS. *Surveillance épidémies poliomyélite*, 2006.

❖ **La dracunculose**

La dracunculose a largement régressé au Mali depuis la mise en place du programme national d'éradication en 1983. On note cependant une persistance et une réapparition de la maladie dans certaines régions comme celles du Nord où le taux de prévalence demeure trop élevé à cause de l'utilisation directe d'eau en provenance des cours d'eau.

❖ **L'onchocercose**

Grâce au programme de lutte contre l'onchocercose (APOC) qui consiste à développer les activités de lutte contre la transmission vectorielle, l'onchocercose ou cécité des rivières a largement régressé au Mali, notamment dans sa forme cécitante.

❖ **La lèpre**

L'analyse des données nationales concernant la prévalence de la lèpre montre que l'objectif de l'élimination de la lèpre est atteint au niveau national. Cependant des poches hyper endémiques existent encore au niveau de certains cercles situés dans les régions du nord du Mali (région de Kayes, de Tombouctou et de Gao).

❖ **Le trachome**

Les données les plus récentes concernant la prévalence du trachome sont celles de l'enquête de 1997-1998, qui montraient qu'environ un million d'enfants était infecté, que la prévalence était de près de 35% pour la forme active chez les moins de 10 ans, et que plus de 85 000 adultes étaient dans le besoin d'une intervention chirurgicale afin d'éviter l'évolution vers la cécité. Ces chiffres dépassent de loin le seuil d'alerte de 20% pour la prévalence de la forme active fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'Etat s'est engagé dans la lutte contre cette maladie avec l'élaboration d'un programme national de lutte contre la cécité (PNLC), en collaboration avec le département de la Santé, et a mis en place un plan quinquennal (2005-2009) de lutte contre le trachome.

❖ **Le tétanos néo-natal**

Malgré les campagnes de vaccinations supplémentaires pour toutes les femmes en âge de procréer, le tétanos néonatal persiste et est la cause de 3,6 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

I.2.3. B.3. Les maladies à potentiel épidémique

❖ **La rougeole**

La rougeole étant une cause importante de décès chez les jeunes enfants dans les pays en développement, des campagnes de vaccination de masse ont été organisées au cours de l'année 2001 au Mali. Elles ont permis de réduire de 90 % le nombre de cas de rougeole enregistrés au cours de cette même année²⁹.

❖ **La méningite**

La dernière flambée d'épidémie de méningite cérébro-spinale a été enregistrée et notifiée en 1998 (2 712 cas dont 288 décès, soit un taux de « létalité » de 10,62 %). Il persiste cependant chaque année quelques foyers endémiques, avec pour les dernières données chiffrées recueillies, 160 cas relevés au début de l'année 2006 dont 7 décès, dus au *Neisseria meningitidis* de groupe A³⁰.

L'apparition du sérotype *Neisseria meningitidis* W135 (responsable d'épidémies au cours de ces dernières années en Afrique de l'Est et lors du pèlerinage de la Mecque notamment) remet en cause les stratégies actuelles peu efficaces en raison du coût très élevé du vaccin et de la faible capacité des laboratoires à produire le vaccin tétravalent ACYW135, en quantité suffisante et à moindre coût.

²⁹ OMS. *Bulletin de surveillance intégrée de l'Afrique de l'Ouest-Campagnes Rougeole planifiées 2001*.

³⁰ OMS. *Méningococcie en Afrique, saison épidémique 2006*.

❖ La fièvre jaune

La fièvre jaune reste une préoccupation pour les autorités sanitaires et des campagnes de vaccination de masse sont organisées dans les localités à haut risque. Il n'y a plus d'épidémie, mais quelques cas sont encore signalés. Ainsi en novembre 2005, on notifiait l'existence de 53 cas dans la région de Kayes, dont 23 décès³¹.

❖ Le choléra

Les dernières épidémies remontent à 1995. Cependant, il persiste quelques foyers endémiques, notamment lors de la saison des pluies. Ainsi, on a pu relever 158 cas de choléra en 2005 au moment de la saison des pluies, dont 20 décès³².

1.2.3. B.3. Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont en plein essor.

Nous pouvons citer les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, les maladies mentales, les affections respiratoires chroniques, les maladies cécitantes, la drépanocytose et les maladies liées au vieillissement.

Nous pouvons préciser en ce qui concerne :

- **le diabète**, que selon l'OMS, la prévalence du diabète entre 2000 et 2030 serait multipliée par trois en Afrique de l'Ouest.

- **l'hypertension artérielle**, que devant l'augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle, l'Association des Médecins de Campagne du Mali³³ avec l'appui de son partenaire, l'ONG Santé Sud, a monté un réseau médical consacré à cette pathologie dénommé « Réseau Hypertension du Mali » (RHYTM) dans le but de développer une prise en charge adaptée de l'HTA (règles hygiéno-diététiques, traitement médicamenteux).

³¹ OMS. *Fièvre jaune au Mali*, bulletin N°3, 28 novembre 2005.

³² OMS. *Choléra en Afrique de l'Ouest*, 23 Septembre 2005.

³³ Fondée par le Dr. Hubert Balique (médecin et professeur attaché à la Faculté de médecine de Marseille, ancien conseiller auprès du Ministre de la santé au Mali et chercheur à l'IRD de Bamako).

I.2.3. B.4. Les plaies, les traumatismes et les brûlures

On constate un nombre élevé de cas et cela pose d'importants problèmes de santé publique. Les accidents de la circulation notamment sont une des causes principales de décès pour la tranche d'âge comprise entre 6 et 45 ans. Le taux de décès des suites d'accidents est de 86 pour 100.000 habitants, en 2003.

I.2.3. B.5. Spécificités de la morbidité maternelle et infantile

Le tableau ci-dessous récapitule par ordre de fréquence les principales causes de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans.

Tableau III. Causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans

Rang	Cause de morbidité %	Rang	Causes de mortalité %
1. Fièvre -paludisme	32,4	1. Fièvre- paludisme	45,7
2. Toux <15 jrs IRA basse	17,8	2. Toux < 15 ans	9,2
3. Diarrhées/déshydratation	11,8	3. Malnutrition protéino calorique	4
4. IRA hautes (angines et otites)	9,1	4. Diarrhées/déshydratation	3,6
5. Plaies Traumatismes et brûlures	5,4	5. Tétanos	3,6

MS- Mali /Draft N°1 du Profil National Environnement Sain pour les enfants- Bamako/Nov 04 Programme Mali-OMS

En ce qui concerne la mortalité maternelle, selon les rapports de certains hôpitaux du pays, les causes directes sont les hémorragies, l'hypertension gravidique, les ruptures utérines, les complications infectieuses et les avortements. Les facteurs qui favorisent cette mortalité maternelle sont, entre autres, les complications liées aux grossesses (précoces, nombreuses et tardives), les conditions précaires des accouchements en milieu rural et l'insuffisance de la prise en charge des urgences obstétricales, les pratiques traditionnelles néfastes à la santé, l'insuffisance d'information, d'éducation et de communication sur le suivi des grossesses.

I.2.4. Situation sanitaire de la commune du Bourra

Au niveau administratif, la commune du Bourra est séparée en deux aires de santé : celle de Tassiga et celle de Kounsoum et Lellehoye (Kounsoum et Lellehoye appartenant à la même aire de santé).

Elle dépend d'Ansongo, chef lieu du cercle, où se situent le centre de référence et le médecin responsable des actions de santé pour tout le cercle.

En termes de santé publique, nous pouvons préciser que :

- le **paludisme** est particulièrement présent dans cette région, surtout au moment de la saison des pluies (période s'étendant de juin à septembre) ;
- les **maladies diarrhéiques** constituent également une des premières causes de mortalité surtout chez les enfants en raison de l'absence de réseau d'eau potable ;
- selon le résultat de la surveillance épidémiologique, le **ver de Guinée** (dracunculose) fait encore des ravages en 7ème région, particulièrement à Ansongo ainsi que dans la commune de Gao, qui sont deux cercles hyper endémiques.
- le **VIH/SIDA** est estimé actuellement avec un faible taux de prévalence 0,6 % (pour la région de Gao selon EDS III). Mais si l'on s'en tient aux expériences antérieures, le fait que la région se situe le long d'un axe routier en développement (route reliant le Mali au Niger et au Burkina-Faso étant en cours de construction), la prévalence du VIH/SIDA risque d'augmenter.

Chapitre II

Présentation des associations ANOPHELE et RHODAR

II.1. Historique des associations ANOPHELE et RHODAR

Le projet de mise en place d'une aide au développement socio-sanitaire dans la commune du Bourra au Mali et de partenariat franco malien est né en 1997.

Il a été initié à la demande de médecins maliens.

A l'époque étudiant en médecine à la Faculté de Bamako, Monsieur Youssoufa Maïga (actuellement neurologue, à Bamako), se rendait dans son village (près d'Ansongo, dans la région du Nord - Est du Mali) pendant les vacances universitaires, dispensait des consultations auprès de la population, et apportait quelques médicaments.

Les moyens étant limités et ponctuels, la nécessité de développer une action de santé dans cette région particulièrement isolée, du point de vue médical notamment, est alors apparue. Après discussion avec le Docteur Yéya Issa Maïga³⁴, originaire du village également, ayant fait une partie de ses études à Nantes, à l'époque Directeur du PNLS (plan national de lutte contre le SIDA) et actuellement 1^{er} Maire adjoint de Bamako, il a été proposé de créer un partenariat avec les étudiants en médecine de Nantes. Ainsi le projet a été proposé au Professeur Michel Marjolet³⁵, ami proche du Docteur Yéya Issa Maïga.

De part et d'autre, le projet a fait son chemin, et deux associations se sont formées : l'une à Nantes, l'autre à Bamako.

En France, l'association ANOPHELE a été créée grâce à l'initiative du Professeur Marjolet, qui a soumis le projet à la corporation des étudiants en médecine de la Faculté. Un petit nombre d'étudiants intéressés par l'idée a alors créé leur propre association dans le but de répondre à la demande malienne et de travailler à l'élaboration d'une action de développement de la santé dans la commune du Bourra en collaboration avec les partenaires maliens.

³⁴ Docteur en Médecine, Parasitologue, Immunologiste, et Docteur en Biologie humaine Institut Pasteur Paris.

³⁵ Chef de service du département de Parasitologie, Mycologie, Pathologie exotique.

Le nom de l'**ANOPHELE** a été choisi en référence au fameux moustique qui transmet le paludisme, mais surtout par rapport aux objectifs de l'association. Ainsi ANOPHELE signifie **Association Nantaise Œuvrant pour les Projets Humanitaires Et la Lutte contre l'Exclusion**.



Du côté malien, le projet a rassemblé plusieurs étudiants, initialement en provenance de la Faculté de Médecine mais également avec l'appui d'autres étudiants venant de la Faculté d'Economie, ou de l'Institut en Informatique et Gestion.

Ils ont également créé leur association, qui porte le nom de **RHODAR**, qui signifie **Réseau de Réflexion et d'Action Œuvrant pour l'Humanitaire et le Développement** et qui a pour but de promouvoir l'intégration sociale et d'entreprendre des actions relatives au développement socio sanitaire au Mali. Par la suite (en 2002), le RHODAR a obtenu au Mali le statut officiel d'ONG.

II.2. Objectifs du projet

II.2.1. Objectifs généraux

L'action des associations ANOPHELE et RHODAR a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de la population de la commune du Bourra au Mali.

L'objectif initial de l'association ANOPHELE ayant rapidement évolué, nous pouvons à ce premier objectif ajouter celui de contribuer au développement en faveur des populations défavorisées au Mali et en France.

II.2.2. Objectifs spécifiques de l'association ANOPHELE

Aux objectifs généraux, l'association a défini des objectifs spécifiques tels que :

➤ Au Mali :

- promouvoir la santé et l'éducation en santé, par le développement de préventions en rapport avec les principaux problèmes de santé publique rencontrés ;
- participer au développement de la santé par la création puis par l'appui d'un centre de santé communautaire ;
- développer les échanges et les liens culturels entre jeunes français et maliens.

➤ En France :

- développer des actions en France en faveur des personnes handicapées ou malades (Sidaction, Téléthon) ;
- sensibiliser l'opinion publique française à la solidarité ;
- témoigner au retour des missions au Mali.

II.3. Présentation de l'action

II.3.1. Elaboration de l'action

Nous pouvons définir une étape de pré diagnostic, qui correspond à la période précédent 1997, et donc avant la mise en place du projet, et une étape de diagnostic, réalisée par la première mission en 1997. Il s'ensuit la sélection de critères de priorité et de faisabilité, qui ont permis la formulation d'objectifs d'intervention pour les années à suivre, et l'élaboration d'un plan d'action prévisionnel.

❖ **Etape pré diagnostique** : entre 1993 et 1997

- faite par Youssoufa Maïga, à l'époque étudiant, et le Dr Yéya Issa Maïga ;
- absence de structure de santé au niveau de la commune du Bourra, et par conséquent absence de soins curatifs délivrés, et de vaccinations ;
- nombreux problèmes de santé publique, liés notamment à l'absence d'eau potable ;
- à l'origine de la mise en place d'un partenariat entre étudiants franco-maliens et de la première mission, ayant comme objectif la réalisation de soins curatifs gratuits et la sensibilisation aux problématiques d'hygiène de base, mais aussi la réalisation d'une étape diagnostique pour les projets futurs.

❖ **Etape diagnostique** : première mission (1997)

- composée de 10 étudiants en médecine français et étudiants maliens ;
- réalisation d'un diagnostic de départ de la situation sanitaire locale : en allant sur le terrain, recueil d'indicateurs démographiques, sociaux, économiques, médicaux, et organisationnels ;
- identification des différents niveaux d'implication de la population dans les étapes de l'action et des éléments favorisant la création d'un partenariat par la rencontre avec les villageois, les différents responsables aux niveaux local, régional et national ;
- rencontre entre étudiants français et maliens, échanges culturels.

❖ **Sélection de critères de priorité et de faisabilité** utilisables pour déterminer l'orientation de l'action à mettre en œuvre : mission 1997

- Critères de priorité :
 - améliorer la couverture sanitaire de la commune et l'accès aux soins,
 - sensibiliser la population aux principes d'hygiène de base,
 - sélection de trois villages principaux au sein de la commune du Bourra (Tassiga, Tonditihio, Lellehoye).
- Critères de faisabilité :
 - respect du cadre institutionnel mis en place au Mali (PRODESS),
 - action sur place lors des missions de l'ANOPHELE et du RHODAR uniquement un mois en été (mois d'août) et quinze jours en hiver,
 - concordance du projet avec le budget des missions,
 - prise en compte des réalités du terrain (transport, aléas climatiques, absence d'électricité et d'eau potable dans les villages).

❖ **Formulation des objectifs de santé et d'intervention** à partir du diagnostic :

- sensibiliser la population à la santé par la réalisation de séances de prévention autour de thèmes prédéfinis : mission 1997 ;
- mise en place d'un CSCOM : objectif formulé dès la mission 1997, puis précisé par la suite ;
- dispenser des soins curatifs : objectif formulé en 1997.

❖ **Elaboration d'un plan opérationnel prévisionnel** de mise en œuvre de l'action :

À partir de 1998, concernant le projet CSCOM, programmation de sa mise en place pour 2001, et précision des étapes intermédiaires à respecter (cf. chapitre III.2.1 p.64).

❖ **Respect des aspects éthiques** à prendre en compte :

- tout au long de la démarche de préparation et de mise en œuvre de l'action de santé, c'est-à-dire depuis 1997 jusqu'à aujourd'hui ;
- nécessité d'intégrer l'action aux demandes et aux besoins de la population ;
- respect de la religion, des traditions et coutumes villageoises.

II.3.2. Evolution du projet

❖ **Missions de 1998 à 2001** : avant l'ouverture du CSCOM

- **action de prévention**, au niveau des villages de Tassiga, Lellehoye et Tonditihio avec sensibilisation aux thèmes suivants : hygiène de l'eau, diarrhées et déshydratation, paludisme, grossesse et allaitement, MST-SIDA, éducation à la santé, et également hygiène buccodentaire (depuis 2001 suite à la participation d'un étudiant en dentaire), dangers domestiques et dangers du fleuve (depuis 2001 également) ;
- **action curative** au niveau des trois mêmes villages : dispense de soins gratuits et apports de médicaments venus de France distribués gratuitement ;
- **projet de mise en place du CSCOM** de Tassiga précisé étape par étape (cf. chapitre III.2.1 p.64) ;
- **formation de relais communautaires** dans les trois villages : à partir de 1999, formation de quelques membres du village à éduquer la population à certains thèmes de prévention dans le but de poursuivre l'action menée tout au long de l'année.

❖ **Missions de 2002 à 2007** : depuis l'ouverture du CSCOM de Tassiga

- **action de prévention** : poursuite des activités de prévention réalisées les années précédentes, avec une importance particulière accordée au thème de l'éducation à la santé et la sensibilisation aux activités et principes de fonctionnement du CSCOM (à Tassiga et à Tonditihio, projet en cours à Lellehoye) ;
- **action curative** : consultations payantes conformes au tarif du CSCOM à Tassiga, délivrance de médicaments en dénomination commune internationale (DCI) achetés au Mali, poursuite des activités de consultations à Tonditihio avec tarification conformes à celle du CSCOM de Tassiga (Tonditihio dépendant de l'aire de santé de Tassiga), instauration également de consultations payantes à Lellehoye dans le but de la mise en place d'un futur CSCOM ;
- **soutien logistique au CSCOM** avec apport de matériel, renforcement du stock en médicaments, dons de moustiquaires et kits d'imprégnation, eau de javel ;
- **extension de l'action aux autres villages de la commune** (réalisation de séances de prévention et dispense de soins curatifs dans les villages de Goléa, Golingo, Kounsoum, et Youni) ;
- **élargissement à d'autres actions** depuis 2004 :
 - développement de l'éducation,
 - action vétérinaire.

II.4. Fonctionnement de l'association et pérennisation du projet

II.4. 1. Organisation de l'association

D'un point de vue administratif, l'association ANOPHELE a obtenu le statut d'association loi 1901, lors de sa création en 1997.

Chaque année sont élus les membres du bureau (président, vice président, trésorier, trésorier adjoint, secrétaire, secrétaire adjoint, et chargé de la communication), qui se réunissent environ une fois tous les 15 jours, ou plus selon les nécessités.

Les autres membres de l'association sont ceux du Conseil d'Administration, reconstitué également chaque année, et composé d'une trentaine de membres. Ils se réunissent environ quatre fois par an lors des Assemblées Générales.

De 1997 à aujourd'hui, l'association ANOPHELE a pu continuer à fonctionner grâce à plusieurs facteurs.

Tout d'abord, les différents membres de l'association ont pu se passer le projet de « main en main » grâce à d'importants échanges entre les missions successives.

En règle générale, les étudiants qui partent (cf. annexe N°5) sont en fin de troisième année de médecine, année qui est celle du cursus médical où la charge de travail est la moins lourde, ce qui leur permet d'avoir du temps libre pour élaborer le projet de la mission et travailler à la récolte des fonds nécessaires. A la fin de cette troisième année, ils ont pu appréhender les notions de sémiologie, ce qui leur permettra sur place de suivre les étudiants maliens (en général en 5^{ème} ou 6^{ème} année) et ainsi de participer aux consultations à visée curative. C'est par ailleurs l'année qui précède l'externat, la préparation du futur concours de l'internat est donc encore relativement éloignée.

En pratique, les étudiants commencent à s'intéresser au projet dès l'entrée en deuxième année, afin de prendre connaissance de l'association, de son mode de fonctionnement et du projet au Mali. Au retour de chaque mission, une présentation sous forme de diaporama photos est réalisée à la Faculté. Il s'ensuit une réunion de présentation du projet qui explique de façon

plus concrète le fonctionnement de l'association, l'implication nécessaire au long de l'année, notamment pour la récolte des fonds indispensables à la mission. La réunion suivante est celle du choix des futurs membres de l'équipe qui formeront la nouvelle mission.

Au cours de l'année, les nouveaux travaillent avec l'aide de quelques anciens pour que le projet soit bien compris et qu'il s'inscrive dans la suite de celui de l'année précédente.

Une mission intermédiaire a lieu en hiver (en général en février ou mars), qui dure environ 15 jours et qui est composée d'un membre d'une mission précédente et d'un membre de l'équipe de la mission d'été à venir, cela toujours dans le but de passer les informations d'une mission à l'autre. Par ailleurs, selon les années, quelques personnes ont pu repartir plusieurs missions successives.

L'autre facteur principal de la poursuite des activités de l'association est le développement de partenariats divers.

II.4.2. Appuis et Partenariats

Tout d'abord, nous pouvons citer l'appui de **la Faculté de Médecine de Nantes** :

- à travers la mise à disposition des étudiants d'un local tout au long de l'année, qui permet aux différents membres de se retrouver, d'organiser leurs réunions, d'avoir un accès informatique avec Internet,
- lors des présentations du projet au moment des retours de missions avec le prêt d'un amphi pour la réalisation de soirées diaporama,
- lors des expositions photos dans le hall de la Faculté,
- et par l'autorisation d'affichage au sein de la Faculté permettant de tenir au courant les étudiants des différentes manifestations organisées par l'association.

Ensuite, l'association ANOPHELE a développé des **partenariats en France avec différentes structures et associations**, telles que :

- la « *Guilde Européenne du Raid* », à travers son programme « Solidarités Etudiantes », qui apporte un appui technique à l'ANOPHELE lors de l'élaboration des dossiers de présentation du projet. Cette association reconnue au niveau

national suscite et soutient les initiatives par des dotations en vue des projets de solidarités Nord-Sud (microprojets de développement), par les Bourses Solidarités Étudiantes pour des stages en ONG, par les Bourses de l'Aventure pour des projets de découverte. Elle a par ailleurs ses propres programmes d'aide au développement à travers le monde. De plus, elle organise diverses manifestations dans le but de favoriser les rencontres entre associations, et de proposer de brèves formations destinées à monter des projets de développement ;

- l'association « *Benkadi* » (association regroupant les Maliens de l'extérieur résidants à Nantes) ;
- l'association « *le Cri du Sud* », qui se tient à disposition de l'Anophele pour toutes questions concernant le Mali ;
- la « *Maison des citoyens du monde* » à Nantes par la mise en relation avec d'autres associations de solidarités internationales.

Par ailleurs, il faut bien entendu préciser que le projet ne peut fonctionner sans l'appui de **l'association malienne, le Rhodar**, avec laquelle l'ANOPHELE entretient un partenariat privilégié tout au long de l'année, à travers de nombreux échanges (téléphoniques ou email, ou par l'intermédiaire de la présence en France de certains membres du Rhodar).

Au niveau du **Mali, différentes autorités locales** sont impliquées dans le projet :

- la Direction Régionale de la Santé de Gao ;
- la Direction Régionale de l'Agriculture et du monde rural ;
- la Direction de la santé du cercle d'Ansongo, et le service social du cercle ;
- le SLACAER d'Ansongo (service local d'appui et de conseil agriculture et équipement rural) ;
- le CAP (centre d'administration pédagogique d'Ansongo) ;
- la Mairie du Bourra.

Enfin, en ce qui concerne **le financement des missions**, qui constitue une des tâches principales au cours de l'année pour les jeunes français, nous pouvons citer les sources suivantes :

- l'appui des collectivités locales et des institutions : la Ville de Nantes, le Conseil Général de Loire-Atlantique, l'Université de Nantes, le CHU de Nantes, le CROUS de Nantes ;
- l'appui par des fonds privés qui varient d'une année à l'autre (comme l'ASCODE³⁶ ou certaines banques, sociétés diverses ou fondations) ;
- les fonds propres récoltés par l'association grâce à la réalisation d'actions tout au long de l'année génératrices de revenus (papiers cadeaux à Noël dans certains magasins, journée Bol de Riz au restaurant universitaire, soirée concert « Du Bruit pour le Mali », tenue des vestiaires lors des soirées et tonus de médecine, vente du trombinoscope représentant les différentes promotions d'étudiants) et aussi des dons personnels (amis, familles).

³⁶ Association des élus de Loire-Atlantique.

Chapitre III

Evaluation de l'action des associations ANOPHELE et RHODAR dans la commune du Bourra

III. 1. Méthode

III.1.1. Evaluation de la contribution des associations Anophele et Rhodar aux processus de création des CSCOM de Tassiga et de Lellehoye

L'évaluation des processus de création du CSCOM de l'aire de santé de Tassiga et du projet de création d'un CSCOM au niveau de l'aire de santé de Lellehoye se base sur l'étude des stratégies déployées, conformément aux recommandations de l'Etat malien, et celles réalisées selon un calendrier prévisionnel.

Dans le cas présent, nous avons étudié de manière rétrospective les objectifs prévus par les différentes missions de l'ANOPHELE - RHODAR pour aboutir à la création du CSCOM conformément aux normes de l'Etat malien, et les objectifs réalisés.

Pour chaque objectif d'intervention, c'est-à-dire pour chaque étape nécessaire à la création du CSCOM, nous avons cherché à savoir en quoi l'ANOPHELE - RHODAR avait contribué à sa réalisation.

Nous avons ensuite pris en compte la notion de chronologie et de respect de l'atteinte des objectifs réalisés par rapport à un calendrier prévisionnel.

Nous avons évalué le CSCOM de Tassiga (fonctionnel depuis le début de l'année 2002), et celui de Lellehoye (encore à l'état de projet au moment de l'évaluation). Nous avons travaillé au niveau de ces deux aires de santé étant donné qu'il s'agit des deux aires au niveau desquelles l'ANOPHELE - RHODAR exerce son action depuis ses premières missions.

III.1.2. Evaluation des ressources humaines et des structures mises en place au niveau du CSCOM de Tassiga

Il s'agit d'une évaluation **normative**, qui consiste à comparer les structures observées et l'organisation du CSCOM par rapport aux normes fixées par les institutions maliennes.

Le recueil des informations a été réalisé au cours de la mission d'été 2006, par l'équipe de l'ANOPHELE - RHODAR alors sur place, au niveau du CSCOM de Tassiga.

Nous nous sommes appuyés sur la **grille d'évaluation** (cf. annexe n°6) utilisée par le gouvernement malien pour l'évaluation des centres de santé du pays. C'est à partir de cette grille d'évaluation que les jeunes de l'ANOPHELE - RHODAR ont procédé à l'évaluation des ressources et des structures humaines au niveau du CSCOM de Tassiga en comparant les structures existantes par rapport aux critères suivants :

- Conformité des **locaux** :
 - existence d'un bâtiment ;
 - construction en dur et conformité aux normes.
- Présence du **personnel médical** adéquat avec possession d'un contrat de travail :
 - infirmier diplômé d'Etat ;
 - infirmière obstétricienne ou matrone ;
 - gérant.
- **Fonctionnalité du CSCOM** :
 - paquet minimum d'activité en stratégie fixe (PMA au chef lieu du CSCOM et dans un rayon de 5 kilomètres du CSCOM) ;
 - paquet minimum d'activité en stratégie avancée (PMA au-delà de 5 kilomètres du CSCOM) ;
 - disponibilité de matériel technique ;
 - disponibilité d'équipements nécessaires (réfrigérateur, motocyclette, RAC) ;
 - disponibilité des médicaments ;
 - disponibilité des contraceptifs ;

- disponibilité des moustiquaires imprégnées ;
 - supports d'IEC (information, éducation et communication) ;
 - tenue des supports (remplissage) ;
 - existence de micros plans.
- **Fonctionnalité de l'ASACO** (association de santé communautaire) :
- tenue de réunions statutaires avec procès verbaux ;
 - inventaire mensuel du dépôt de vente ;
 - suivi de la mise en place des micros plans ;
 - capacité de mobilisation communautaire pour l'utilisation des services.
- **Hygiène/assainissement dans le CSCOM** :
- propreté du CSCOM ;
 - évacuation des ordures dans le centre ;
 - mesure de prévention des infections en place ;
 - existence d'un point d'eau potable.
- **Bonne gouvernance** du CSCOM :
- existence de récépissés et signature de la convention d'assistance mutuelle ;
 - gestion des ressources humaines, paiement des salaires ;
 - gestion des ressources financières, fond de recouvrement, compte bancaire, paiement des cotisations, séparation des comptes ;
 - représentativité des femmes ;
 - collaboration ASACO, commune et équipe technique.
- **Viabilité économique et sociale** :
- activités étendues dans un rayon de 15 km ;
 - fréquentation estimée à au moins 40 % ;
 - localisation dans le village le plus peuplé de l'aire de santé.

III.1.3. Evaluation des résultats obtenus au niveau du CSCOM de Tassiga

Afin d'évaluer les résultats obtenus cinq ans après la création du CSCOM, nous avons cherché à estimer, d'une part, le bilan d'activité et, d'autre part, la perception du CSCOM au niveau de l'aire de santé de Tassiga. Pour cela, nous avons réalisé deux types d'enquête : une enquête de type quantitatif et une de type qualitatif.

III.1.3. A. Analyse quantitative

Par l'intermédiaire de l'équipe de la mission 2006, une analyse quantitative a été menée. Nous avons recueilli des **indicateurs de fonctionnement du CSCOM** à partir de l'analyse des rapports d'activités de l'année 2005 établis par le personnel du CSCOM de Tassiga en collaboration avec le médecin chef d'Ansongo. Il s'agit d'indicateurs concernant :

- Le programme minimal d'activité au cours de l'année 2005 :
 - nombre de consultations curatives réalisées sur l'ensemble de l'année ;
 - nombre de consultations préventives réalisées sur l'ensemble de l'année (nombre de consultations prénatales, nombre de consultations postnatales, nombre de consultations concernant le suivi des enfants sains) ;
 - nombre de vaccinations réalisées sur l'ensemble de l'année (PEV = programme élargi de vaccination) ;
 - nombre d'accouchements réalisés sur l'ensemble de l'année ;
 - nombre d'activités promotionnelles réalisées sur l'ensemble de l'année (ce qui est appelé au Mali IEC pour Information, Education, Communication).
- L'évolution du nombre moyen de consultations annuelles depuis l'ouverture du CSCOM.
- Le bilan financier de l'année 2005 et l'évolution du bilan financier depuis l'ouverture du CSCOM.

Les premiers indicateurs recueillis par l'équipe de la mission 2006 ont ensuite été complétés, par l'intermédiaire de la mission d'hiver 2007 (réalisée par deux membres du RHODAR), et par l'étude des données fournies par le médecin chef de l'hôpital d'Ansongo.

III.1.3. B. Analyse qualitative

Ensuite, une étude qualitative a été réalisée afin d'évaluer la **perception** du centre de santé au niveau local.

Cette enquête s'est déroulée sous forme d'entretiens auprès de la population de Tassiga (adhérents et non adhérents au CSCOM), des membres de l'ASACO, du personnel médical du CSCOM, et du médecin chef du centre de référence d'Ansongo.

En ce qui concerne le choix des familles évaluées, un tirage au sort a été effectué à partir de l'étude des registres communaux. Nous avons choisi de réaliser un échantillonnage par mode systématique pour des raisons de commodité. Il a été arbitrairement choisi de rencontrer 20 familles. Nous avons donc divisé le nombre total de familles de l'aire de santé (850) par 19, et sélectionné les familles par intervalle régulier toutes les 44 familles. Nous n'avons pas tenu compte de l'adhésion ou non au CSCOM lors du tirage au sort.

La **grille d'entretien** (cf. annexe n°7) s'est basée sur les éléments suivants :

➤ ***Au niveau de la population :***

- connaissance du CSCOM : existence du centre de santé, position géographique, services offerts, intérêt de la création du centre de santé ;
- avis sur les prestations : coût des différents services, qualité de l'offre, relation avec les prestataires ;
- perception de l'ASACO.

➤ ***Au niveau des membres de l'ASACO :***

- représentativité de la population de la commune ;
- rapports avec la population, avec le personnel du centre de santé et avec celui du centre de référence ;

- difficultés rencontrées : problème de sous fréquentation, amélioration de la qualité de l'offre ;
- fonctionnement de l'ASACO.

➤ ***Au niveau du personnel de santé :***

- qualité des conditions de travail ;
- relations avec l'ASACO, la population, le centre de référence ;
- principaux problèmes rencontrés : qualité de l'offre, stock de médicaments, fréquentation.

III.1.4. Evaluation des activités menées par les différentes missions de l'Anophele Rhodar en termes de prévention

III.1.4. A. Evaluation des ressources utilisées

Au niveau des activités de prévention, l'évaluation des ressources se rapporte aux thèmes de prévention choisis dans le cadre des activités de promotion de la santé.

L'évaluation a consisté à étudier la **pertinence des thèmes** de prévention abordés par les associations ANOPHELE - RHODAR en matière de santé publique, en comparaison aux priorités définies par le gouvernement malien et par les organisations non gouvernementales telles que l'OMS dans le cadre de la promotion de la santé.

III.1.4. B. Evaluation des processus déployés

Par évaluation des processus, nous entendons évaluer les **méthodes pédagogiques** utilisées au niveau des activités de prévention, en les comparant avec des notions de pédagogie reconnues (Module de promotion de la santé - Diplôme universitaire de Santé Publique de l'école de santé publique de Nancy).

Nous avons étudié au niveau des dossiers des différentes missions de l'ANOPHELE - RHODAR les méthodes utilisées lors des séances de prévention. Nous n'avons pas tenu compte

dans cette partie du choix des thèmes de prévention, mais uniquement des techniques d'approches abordées dans le cadre de la promotion de la santé.

Par ailleurs nous nous sommes intéressés aux méthodes utilisées par le gouvernement malien au niveau des activités de promotion déployées par le pays.

III.1.4. C. Evaluation des résultats obtenus

La méthode choisie est de type qualitatif.

Une étude quantitative aurait été difficilement réalisable car ce type d'enquête nécessite d'inclure un grand nombre de sujets, et les moyens de l'association étaient limités d'un point de vue financier et organisationnel.

Une enquête **qualitative** de type enquête **CAP** (connaissances-attitudes-pratiques) a été menée au niveau de cinq villages (Tassiga, Lellehoye, Tonditihio, Gassi et Golingo) de la commune du Bourra au cours de la mission d'été 2006 dans le but d'évaluer l'impact des préventions réalisées par les différentes équipes de l'ANOPHELE – RHODAR (cf. annexe n°8).

Vingt huit familles ont ainsi été interrogées. Le choix des familles a été déterminé par tirage au sort de type systématique à partir des registres de recensement de l'année 2004. Les entretiens ont ensuite été menés directement dans les familles.

D'un point de vue éthique, il a été expliqué aux familles rencontrées que cette enquête avait pour but d'estimer l'impact des préventions réalisées par les différentes missions de l'ANOPHELE - RHODAR dans le but d'améliorer l'action future, et en aucun cas de s'insurger dans les familles pour repérer les mauvais élèves.

Le choix des préventions évaluées s'est basé sur l'ancienneté de la prévention (prévention ayant déjà été abordée depuis plusieurs années) et sur l'importance de la prévention en termes de santé publique par rapport au problème de santé ciblé.

Nous avons alors décidé de travailler sur les thèmes suivants :

- Prévention sur l'hygiène de l'eau ;
- Prévention à propos des diarrhées et de la déshydratation ;
- Prévention sur le paludisme ;
- Prévention autour de l'allaitement maternel.

L'enquête a consisté, pour chaque thème de prévention, à demander aux familles rencontrées ce qu'elles connaissaient sur le sujet à partir de questions préalablement définies, quelles étaient leurs attitudes par rapport aux problèmes soulevés de manière générale, et enfin à estimer ce qu'elles faisaient en pratique par l'observation de l'enquêteur auprès de chaque famille.

III.1.5. Evaluation de l'impact du projet pour le développement d'activités connexes

Dans ce chapitre, nous chercherons à montrer à partir de l'étude des dossiers de l'ANOPHELE comment le projet initialement basé sur un projet de développement en santé et au Mali s'est peu à peu élargi à d'autres domaines d'activités avec tout d'abord l'instauration d'une action en France, puis avec la mise en place au Mali d'activités extérieures à la santé.

III. 2. Résultats

III.2.1. Evaluation de la contribution des associations ANOPHELE et RHODAR aux processus de création des CSCOM de Tassiga et de Lellehoye

III.2.1. A. Au niveau du CSCOM de Tassiga

❖ Evaluation des étapes de mise en place du CSCOM

La mise en place du CSCOM de Tassiga a respecté un certain nombre d'étapes, définies ci-dessous, qui sont conformes aux recommandations de l'Etat malien.

Tout d'abord, il faut obtenir une **autorisation de la part des autorités locales et régionales** afin de débiter la démarche de mise en place du CSCOM à l'endroit proposé.

Cette étape a été appuyée par l'ANOPHELE - RHODAR, en participant à des réunions entre les représentants du village de Tassiga, le médecin chef d'Ansongo et la direction générale de la santé de la région de Gao. L'ANOPHELE - RHODAR est donc venue en aide à une démarche initiée par la population et ses représentants, en proposant de s'investir au niveau du processus de création du CSCOM. Il faut bien comprendre qu'il s'agit d'un travail de réflexion commune entre représentants de la population, autorités locales et régionales et d'un appui du partenaire extérieur que constitue l'association ANOPHELE.

Après obtention de l'autorisation de débiter le projet de CSCOM, la population doit **former une ASACO** (Association de Santé Communautaire), qui sera la représentante de la population, et qui gèrera le CSCOM d'un point de vue communautaire (cf. chapitre I.2.2. B.2. Les CSCOM et leur fonctionnement, p. 31). L'ANOPHELE ne s'est pas à proprement parlé investi dans cette démarche puisque le choix des membres de l'ASACO revient à la population. Mais on peut tout de même noter que les échanges multiples qui ont eu lieu au cours des missions d'été et d'hiver de l'ANOPHELE-RHODAR sont venus en appui à cette structure naissante.

Afin d'obtenir l'accord définitif des autorités, qui confirmera le lancement du CSCOM à l'endroit proposé, une étude de marché est nécessaire. Il s'agit de **l'approche communautaire**. Cette étape est très importante car elle prend en compte différents critères, qui permettent d'évaluer la faisabilité et la viabilité du futur CSCOM. Ainsi le CSCOM doit répondre à des critères précis en termes de population (nombre d'habitants au niveau de l'aire de santé, chef lieu de l'aire de santé), en termes de situation géographique, en termes d'implication de la population (participation communautaire). Cette étude nécessite d'aller sur le terrain, à la rencontre de la population et de ses représentants. Elle est réalisée par des agents de l'état qui sont formés pour cela et elle est dirigée par le médecin chef du cercle dont dépend le futur CSCOM. L'association ANOPHELE a pris en charge la totalité des frais de l'approche communautaire de Tassiga, qui a eu lieu au cours de l'année 2001.

L'approche communautaire s'étant révélée favorable à l'implantation du CSCOM, c'est à ce moment là seulement que l'on peut se préoccuper de l'étape de **construction du bâtiment**. A l'époque de la mise en place du CSCOM de Tassiga, une ONG néerlandaise (la SNV) travaillait au niveau d'Ansongo, et elle s'est alors proposée pour financer entièrement la construction du bâtiment. Ainsi le CSCOM a été construit fin 2001, selon les normes de l'Etat malien (cf. annexe n°4). L'ANOPHELE a alors participé à l'**électrification** du CSCOM avec apport de plaques solaires en 2002. Elle a également acheté en totalité la **dotation initiale en médicaments essentiels** (cf. annexe n°9) nécessaire au départ des activités, et selon les dénominations communes internationales (DCI), comme les normes du pays l'exigent. Elle a également contribué à l'équipement en petit matériel tel que pèse bébé, tensiomètres, etc.

Vient ensuite l'étape de **nomination du personnel** médical. Dans un premier temps, l'Etat malien a nommé un infirmier, et une matrone. Dans un second temps, ont été nommés une infirmière obstétricienne et un aide soignant. Le gérant a été nommé par l'ASACO.

Les activités ont pu commencer au début de l'année 2002. Depuis, le CSCOM de Tassiga fonctionne tout au long de l'année.

❖ Evaluation du calendrier prévisionnel

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes étapes de mise en place du CSCOM de Tassiga selon un calendrier prévisionnel et selon ce qui a été effectivement réalisé.

Tableau IV. **Evaluation des étapes de mises en place du CSCOM de Tassiga selon le calendrier prévisionnel**

	19 97	19 98	19 99	20 00	20 01	20 02	20 03	20 04	20 05	20 06
Stratégies prévues :										
1. autorisation des autorités locales et régionales		■								
2. formation de l'ASACO		■								
3. réalisation d'une approche communautaire			■							
4. construction du local				■						
5. achat du stock initial en médicaments					■					
6. électrification, équipement en matériel					■	■				
7. nomination du personnel médical par le gouvernement malien					■					
8. début des activités					■	■				
9. étape d'autonomisation									■	■
Stratégies réalisées :										
1. autorisation des autorités locales et régionales		■								
2. formation de l'ASACO		■								
3. réalisation d'une approche communautaire				■						
4. construction du local					■					
5. achat du stock initial en médicaments					■					
6. électrification, équipement en matériel						■				
7. nomination du personnel médical par le gouvernement malien						■				
8. début des activités						■				
9. étape d'autonomisation									■	■

Légende : ■ Fait prévu ■ Fait réalisé en totalité ■ Fait réalisé de manière incomplète

❖ **Evaluation des étapes de mise en place du CSCOM**

L'association ANOPHELE - RHODAR travaille au niveau du projet de CSCOM à Lellehoye depuis plusieurs années. Le CSCOM de Tassiga a été créé en premier, étant donné que Tassiga est le chef lieu de la commune du Bourra ; le projet de CSCOM au niveau de l'aire de santé de Lellehoye est apparu secondairement.

Le projet de CSCOM à Lellehoye avait cependant déjà été prévu par les autorités maliennes, et sa mise en place avait été projetée aux alentours de 2003. Suite à une forte demande de la population, l'ANOPHELE - RHODAR s'est investie dans ce projet et a présenté sa volonté d'engagement en temps que partenaire extérieur auprès des autorités locales et régionales.

Comme nous l'avons précisé au niveau du premier chapitre, un CSCOM est sous la responsabilité du médecin chef du cercle de référence, il a donc semblé initialement judicieux d'attendre le lancement du CSCOM de Tassiga avant de créer un deuxième centre de santé. Les démarches ont tout de même cheminé avec la formation d'une ASACO, grâce à la demande de la population et des autorités locales, et avec l'appui de l'ANOPHELE. Ensuite, l'approche de santé communautaire a été financée par les fonds de l'ANOPHELE et réalisée en 2002 par des agents de l'Etat.

Cependant, en raison de rivalités au niveau du village en ce qui concerne le choix de l'emplacement du CSCOM, notamment en raison de l'existence d'un centre de santé construit il y a une dizaine d'années par l'Arabie Saoudite, mais ne répondant pas aux normes de l'Etat malien, le CSCOM de Lellehoye n'a pu voir le jour actuellement en dépit de l'importante motivation des villageois.

Il a finalement été décidé par le gouvernement malien de créer un CSCOM au niveau du village voisin qui se situe dans la même aire de santé (au niveau du village de Kounsoum), en raison de l'importance de sa population et de sa situation stratégique au niveau géographique, carrefour avec différents villages voisins. Sa mise en place a été prise en charge entièrement par l'Etat malien. Le bâtiment a été construit fin 2004, le CSCOM n'était pas encore fonctionnel au cours de la mission 2006, et le personnel n'avait pas été encore nommé.

Le projet de CSCOM à Lellehoye a donc été suspendu à l'heure actuelle.

❖ évaluation du calendrier prévisionnel

Tableau V. Evaluation des étapes de mises en place du CSCOM de Lellehoye selon le calendrier prévisionnel

	19 97	19 98	19 99	20 00	20 01	20 02	20 03	20 04	20 05	20 06
Stratégies prévues au niveau de Lellehoye :										
- autorisation des autorités locales et régionales										
- formation de l'ASACO										
- réalisation d'une approche communautaire										
- construction du local										
- achat du stock initial en médicaments										
- nomination du personnel médical par le gouvernement malien										
- début des activités										
- étape d'autonomisation										
Stratégies réalisées au niveau de Lellehoye :										
- autorisation des autorités locales et régionales										
- formation de l'ASACO										
- réalisation d'une approche communautaire										
- construction du local										
- achat du stock initial en médicaments										
- nomination du personnel médical par le gouvernement malien										
- début des activités										
- étape d'autonomisation										

Légende :  Fait prévu  Fait réalisé en totalité  Fait réalisé de manière incomplète

III.2.2. Evaluation des ressources humaines et des structures mises en place au niveau du CSCOM de Tassiga

Un CSCOM répond à des normes précises, comme il a été défini au niveau du premier chapitre. Ce sont ces normes que nous avons évaluées au niveau du CSCOM de Tassiga.

Tout d'abord, le choix de Tassiga pour implanter le CSCOM est venu du fait que Tassiga était le chef lieu de la commune du Bourra et le village le plus peuplé de l'aire de santé (supérieur à 5000 habitants). Il répond donc aux normes requises du point de vue de la **localisation**. Par contre, il est demandé que la **population** qui fréquente le CSCOM soit supérieure à 40 %, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

En ce qui concerne le **personnel** du CSCOM, les recommandations précisent qu'il doit comporter un médecin généraliste ou à défaut un infirmier chef de poste, une sage femme ou une infirmière obstétricienne ou à défaut une matrone, un aide soignant ou à défaut un manoeuvre, un gérant du dépôt pharmaceutique et un gardien. Au niveau de Tassiga, il n'y a pas de médecin, l'infirmier travaille seul sous la responsabilité du médecin de référence d'Ansongo. Le premier infirmier qui avait été nommé fin 2001 a été muté début 2006, c'est donc le deuxième infirmier qui est en poste actuellement. Au niveau des soins obstétricaux, il y avait au départ une matrone ; depuis 2003, il y a également une infirmière obstétricienne, qui a été nommée par l'Etat. Le CSCOM dispose d'un aide soignant, d'un gérant et d'un gardien. Ces trois derniers sont des personnes originaires du village, et ont été nommés par l'ASACO.

En ce qui concerne la **prise en charge du personnel**, il y a au Mali trois possibilités :

- le budget propre de l'Etat ;
- l'appui de l'Etat à travers les fonds cédés au Mali dans le cadre de la remise de la dette internationale par le Fond Mondial International (FMI), la Banque Mondiale et la Banque Africaine de développement ; ce sont les fonds PPTE (cf. chapitre I.1.1. C. Mondialisation et Relations Internationales, p.12) ;
- la participation de la communauté gérée par les ASACO.

Actuellement au niveau de Tassiga, l'infirmier et l'infirmière obstétricienne sont rémunérés sur fond PPTE. L'aide soignant est payé sur le budget de l'Etat. Le gérant et la matrone sont rémunérés par l'ASACO grâce au fonds propres du CSCOM, provenant principalement des bénéfices réalisés par la vente des médicaments. Cependant en 2002, le

salaire de la matrone n'ayant pas été versé depuis plusieurs mois, l'ANOPHELE lui a versé l'équivalent de 7 mois de salaire au moment de la mission. L'infirmier, l'infirmière obstétricienne et l'aide soignant, étant fonctionnaires de l'Etat, cotisent à l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale), et pourront ainsi bénéficier des avantages de l'Etat, notamment en ce qui concerne le versement des retraites.

En ce qui concerne **les activités** du CSCOM, elles doivent être conformes au **Paquet Minimum d'Activité (PMA)** défini par l'Etat malien (cf. chapitre I.2.2. B.2. Les CSCOM et leur fonctionnement, p.32). A Tassiga, au moment de l'évaluation, tous les aspects du PMA étaient représentés en dehors des activités médico-techniques. On peut également noter que certaines activités de prévention comme celle concernant la planification familiale sont très peu développées. Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) se compose du PMA en **stratégie fixe** et du PMA en **stratégie avancée**, qui correspondent aux activités du PMA dispensées à l'endroit du CSCOM pour le premier terme, et des activités du PMA dispensées dans un rayon de plus de 5 kilomètres pour le second. Ces deux secteurs sont représentés à Tassiga, avec affichage d'un planning pour le PMA en stratégie avancée qui permet à la population de savoir quels jours l'infirmier ou l'infirmière obstétricienne se rendront près de chez eux.

Par ailleurs, il existe des activités spécifiques à chaque CSCOM selon les particularités du terrain. C'est ce que l'on appelle les **micros plans**. Il s'agit de plans d'interventions particuliers à chaque CSCOM concernant un problème de santé spécifique à la population de son aire de santé (par exemple plan d'action pour la lutte contre la bilharziose). Au moment où l'évaluation a été réalisée, ces micros plans n'avaient pas été fixés par l'hôpital d'Ansongo.

Le CSCOM de Tassiga est sous la responsabilité du centre de référence d'Ansongo et de son médecin chef. En cas de difficultés ou de nécessité de référer un patient, l'infirmier de Tassiga devrait théoriquement pouvoir communiquer avec le médecin chef par RAC (réseau autonome de communication). Ce dispositif n'a pas été mis en place pour le moment, en raison de son coût trop élevé pour le budget de l'association ANOPHELE, et de l'absence d'autres fonds disponibles pour son financement.

Au niveau des **médicaments**, ils sont uniquement en DCI. Ils correspondent à une liste précise (cf. annexe n°9), et doivent pouvoir être délivrés par un infirmier diplômé d'Etat. Par conséquent tout apport de médicaments en spécialité est proscrit et aucune spécialité ne doit figurer dans le stock de médicaments du CSCOM. Les médicaments proviennent de la centrale

d'achat régionale qui est approvisionnée par la centrale pharmaceutique nationale. Il s'agit principalement d'antibiotiques, d'antipaludéens, d'antiparasitaires, de fer et d'acide folique, de vitamine A, d'antalgiques, de pansements gastriques, de contraceptifs oraux, de solutés de réhydratation, de traitement antihypertenseurs. A Tassiga, les missions de l'Anophele-Rhodar ont évolué de telle sorte que le principe de base des médicaments en DCI soit respecté. Au cours des premières missions les équipes apportaient des médicaments (spécialités ou génériques) récupérés tout au long de l'année en France, avec l'aide notamment de Pharmaciens Sans Frontières, et qui étaient ensuite administrés lors des missions au niveau des villages. Ce procédé a été remis en cause au moment de l'ouverture du CSCOM afin de ne pas mélanger les habitudes de la population et d'éviter qu'il n'y ait une préférence pour les médicaments venus de France. Ainsi, les médicaments sont achetés au départ de chaque mission à la centrale d'achat de la Pharmacie du Mali à Bamako ou au niveau régional à Gao. Cela permet de renforcer le stock en médicaments du CSCOM et d'utiliser au cours de la mission les mêmes médicaments que ceux existant au cours de l'année.

En ce qui concerne la **gestion** du CSCOM de Tassiga, elle est sous la responsabilité de l'**ASACO**, qui répond aux normes du pays concernant sa composition et son fonctionnement.

Ainsi, le comité ou conseil de gestion, est composé comme il se doit :

- des adhérents : membres de la population qui cotisent au CSCOM par l'intermédiaire d'achat de cartes de membres (1000 FCFA la carte, soit environ 1,5 euro), renouvelables chaque année, et permettant aux membres de la famille de chaque adhérent de bénéficier de tarifs préférentiels en cas de consultation au CSCOM. On comptait en 2006, 90 membres ;
- du président élu par les adhérents ;
- du trésorier élu par les adhérents et du trésorier adjoint ;
- d'un secrétaire aux comptes ;
- de membres observateurs.

Le conseil de gestion fonctionnait en 2006 de manière adaptée avec :

- une réunion trimestrielle pour faire le point sur le fonctionnement du CSCOM et sur les difficultés rencontrées ;
- l'élaboration d'un plan d'action annuel ;
- le vote du budget une fois par an ;
- la rédaction d'un rapport annuel qui est présenté aux adhérents.

Par ailleurs, il existe au Mali une **convention d'assistance mutuelle** qui est une convention de l'Etat par rapport aux CSCOM du pays. Elle a pour but d'engager l'Etat à venir en aide aux CSCOM en difficultés. Au niveau de Tassiga, le personnel du CSCOM interrogé ne semble pas être au courant de l'existence de cette convention.

Le tableau ci-dessous récapitule les différents critères évalués.

Tableau VI. Evaluation des ressources humaines et des structures mises en place au niveau du CSCOM de Tassiga

Critères de sélection	Oui	Non	Observations
I. Personnel Adéquat dans le CSCOM			
1. Un infirmier avec un contrat de travail	×		Rémunération : PPTE
2. Une Infirmière obstétricienne ou matrone avec un contrat de travail	×		Rémunération : PPTE Infirmière obstétricienne
3. Un gérant avec un contrat de travail	×		Rémunération : ASACO
4. Un aide soignant	×		Rémunération : budget de l'état
5. Un gardien ou planton		×	
II. Fonctionnalité du CSCOM			
2. Offre le Paquet Minimum d'Activité en stratégie fixe	×		
3. Offre le Paquet Minimum d'Activité en stratégie avancée	×		Planning affiché dans tous les villages
4. Disponibilité de matériel technique		×	Manque de tensiomètres, thermomètres, pèse bébé, matériel pour pansements
5. Disponibilité d'équipement nécessaire (frigo, Moto, RAC)		×	Existence d'un frigidaire mais problème de respect de la chaîne du froid Moto présente mais utilisation parfois à des fins personnelles et pannes répétées Pas de RAC, réseau de téléphone portable depuis cette année fonctionnel
6. Disponibilité des médicaments		×	Ruptures de stock fréquentes (Fer Acide folique, paracétamol)
7. Disponibilité des contraceptifs (Pilule, condom, DIU, Injectables)		×	Début d'une activité de planification familiale
8. Disponibilité des Moustiquaires imprégnées, supports d'IEC (2)	×		Approvisionnement en Moustiquaires imprégnées 1 à 2 fois par an
9. Tenue des supports (remplissage, transmission, etc.)	×		
10. Existence de micros plans		×	N'ont pas été fixés en début d'année

III. Fonctionnalité de l'ASACO			
1. Tenue des réunions statutaires avec PV (procès verbaux)	×		Réunions mensuelles avec envoi du PV au service social
2. Inventaire mensuel du dépôt de vente	×		Inventaire mensuel, commande trimestrielle
3. Suivi de la mise en place des micros plans		×	Pas de micros plans
IV. Hygiène/Assainissement dans le CSCOM			
1. Propreté du CSCOM		×	Présence d'un planton, nettoyage irrégulier (1 à 2 fois par semaine)
2. Evacuation des ordures dans le centre		×	Pas de fosse d'incinération
3. Mesure de prévention des infections en place	×		
4. Existence d'un point d'eau potable		×	Puits proche du Cscm, mais pas de point d'eau au niveau du Cscm
V. Bonne gouvernance du CSCOM			
1. Existence de récépissés et signature de la convention d'assistance mutuelle		×	Aucune information reçue
2. Gestion des ressources humaines, paiement des salaires	×		ASACO et centre de santé de référence
3. Gestion des ressources financières fond de recouvrement, compte bancaire, paiement des cotisations, séparation des comptes (fonctionnement et médicaments)	×		Bon fonctionnement
4. Représentativité des femmes dans les instances de décision	×		2 femmes au niveau du comité de gestion
5. Collaboration ASACO, commune et équipe technique	×		Bonne collaboration
VI. Viabilité économique et sociale			
1. Localisation dans le village le plus peuplé de l'aire de santé	×		
2. Activités étendues dans un rayon de 15 km	×		
3.a) Population de l'aire de santé d'au moins 5000 habitants, b) Fréquentation estimée à au moins 40 % c) Localisation dans le village le plus peuplé	×	×	a) population de l'aire : 850 familles, 7164 habitants b) fréquentation : 90 familles adhérentes

III.2.3. Evaluation des résultats obtenus au niveau du CSCOM de Tassiga

III.2.3. A. Analyse quantitative

L'étude des rapports trimestriels d'activité de l'année 2005 a permis de recueillir des informations concernant l'activité du CSCOM de Tassiga. Ainsi, comme l'illustrent les schémas suivants, nous avons pu obtenir des données concernant le paquet minimal d'activités du CSCOM, les pathologies rencontrées, les vaccinations effectuées et les différents types d'actions préventives menées.

❖ Descriptif du paquet minimal d'activité au niveau du CSCOM de Tassiga :

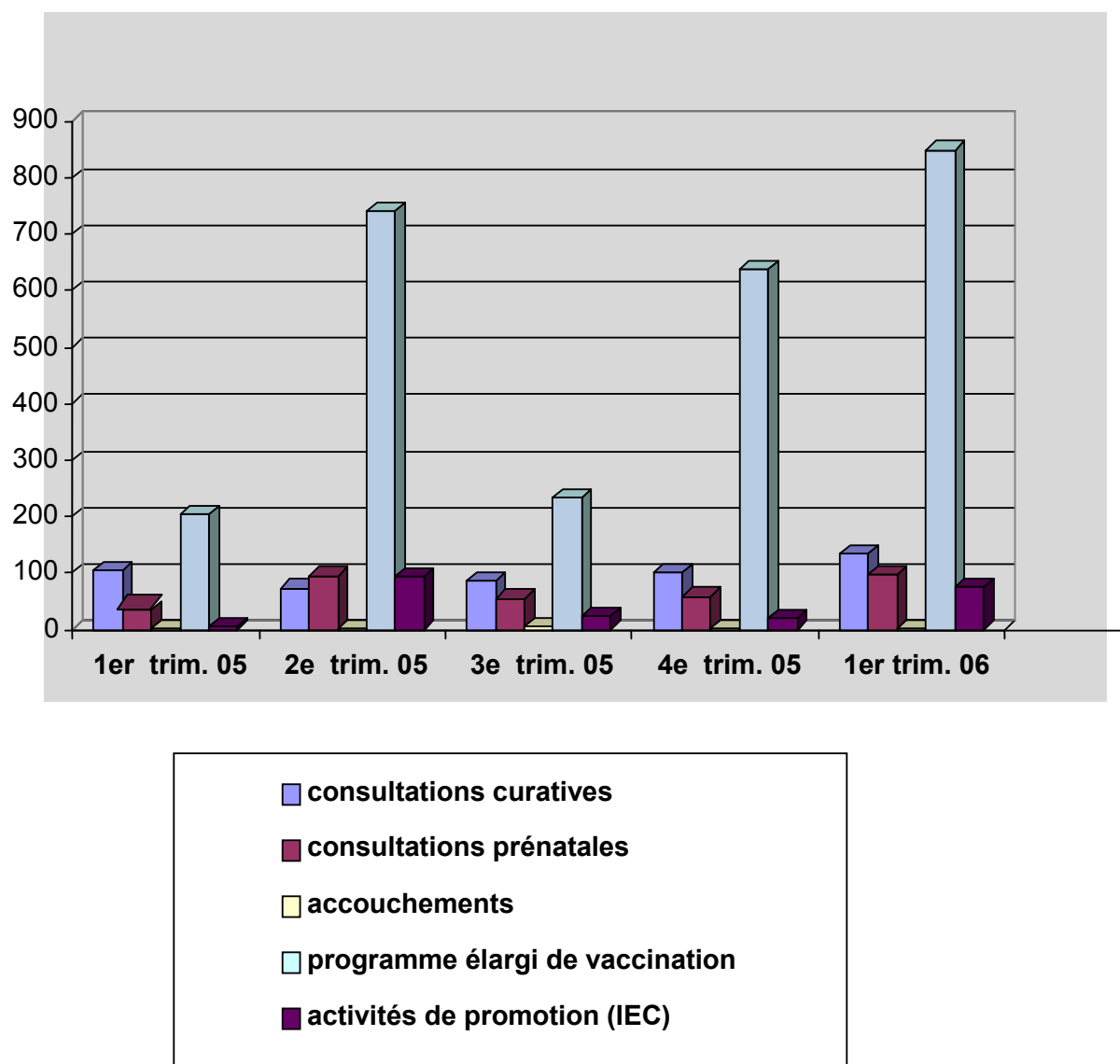
Le paquet minimal d'activité (PMA) au niveau du CSCOM, comme prévu par les normes maliennes, est composé des secteurs d'activité suivants :

- activité curative : consultations pour prendre en charge les pathologies courantes
- santé reproductive : consultations prénatales, accouchements, consultations postnatales, planification familiale, contraception
- suivi des enfants sains
- programme élargi de vaccination (principalement les enfants et les femmes enceintes ou en âge de procréer)
- actions de promotion de la santé : activités de sensibilisation, d'information et de communication (IEC), activités d'hygiène et d'assainissement.

Le schéma ci-dessous illustre les particularités du PMA au niveau du CSCOM de Tassiga.

Figure 1. Programme minimal d'activités du CSCOM de Tassiga

Nombre d'actes réalisés



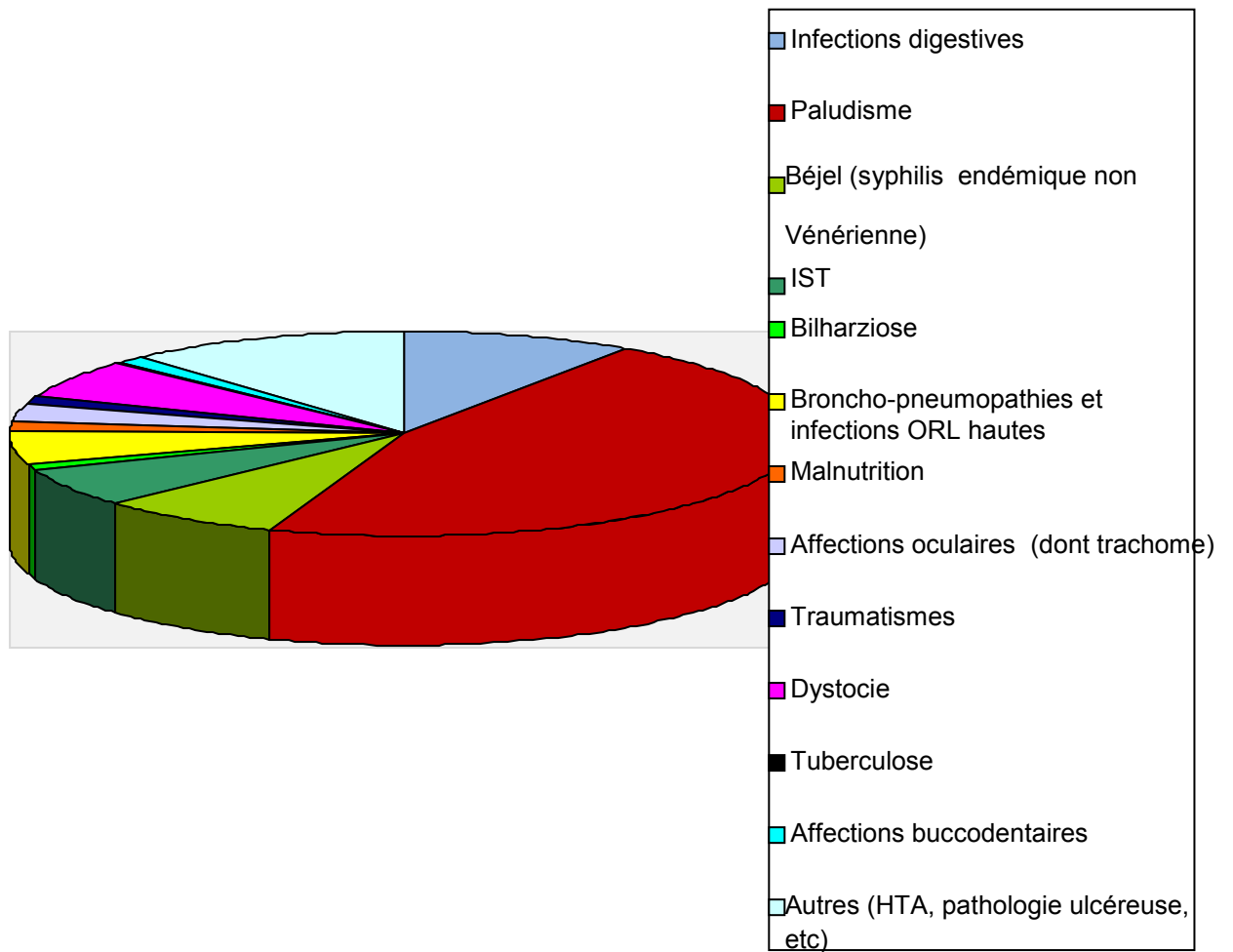
Les activités concernant le suivi des enfants sains étant quasi inexistantes (8 cas sur l'ensemble de l'année 2005), elles n'apparaissent pas sur le schéma. Celles de planification familiale (activité de sensibilisation à la contraception et disponibilité en contraceptifs) ont débuté en 2006, et n'apparaissent donc pas non plus sur ce schéma.

Le nombre de cas référés à l'hôpital d'Ansongo sur l'ensemble de l'année 2005 est nul.

❖ **Activités curatives :**

Le schéma ci-dessous illustre les pathologies rencontrées au cours de l'année 2005 selon leur fréquence.

Figure 2. Répartition des pathologies rencontrées au cours de l'année 2005



❖ **Santé maternelle et infantile :**

A partir de données concernant les années précédentes, on peut voir l'évolution du nombre de consultations postnatales depuis 2002 et du nombre d'accouchements réalisés chaque année.

Figure 3. Evolution du nombre de consultations postnatales entre 2002 et 2005

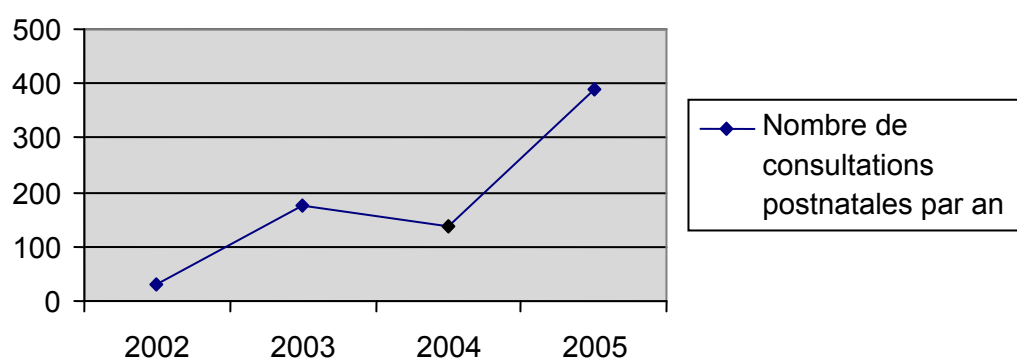
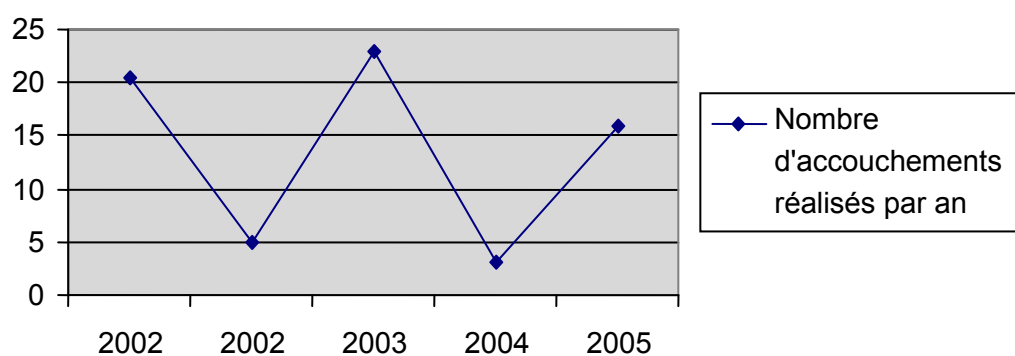


Figure 4. Evolution du nombre d'accouchements réalisés entre 2002 et 2005

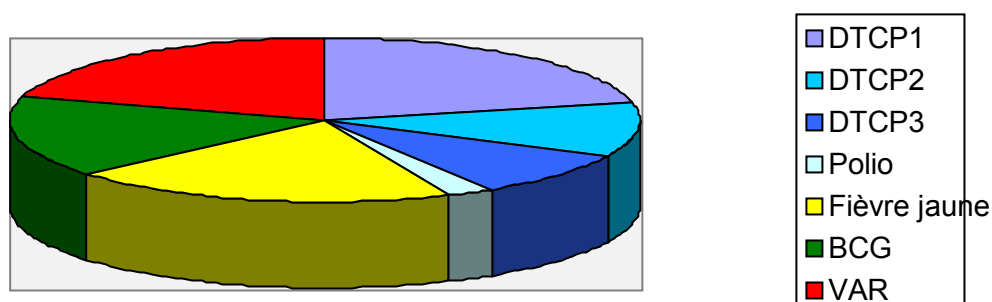


❖ Activités de vaccination :

Le programme élargi de vaccination constitue une des activités principales du CSCOM avec 1789 vaccinations réalisées sur l'ensemble de l'année, au niveau du CSCOM de Tassiga et des postes avancés, selon l'étude des rapports d'activité de 2005.

Le schéma ci-dessous illustre les différentes vaccinations effectuées en 2005 au niveau des enfants.

Figure 5. **Répartition des vaccinations effectuées chez les enfants en 2005**



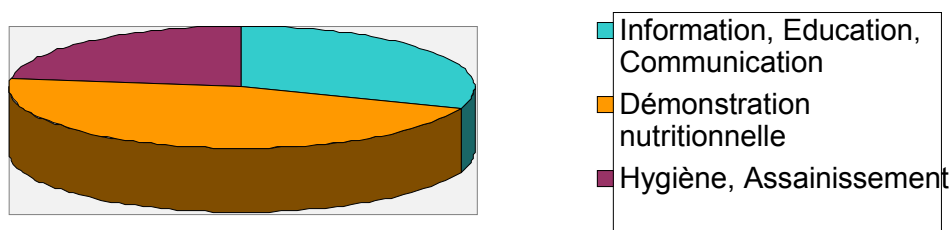
Les vaccinations DTCP 1-2-3 (3 injections) entrent dans le cadre du calendrier vaccinal standard. Celles contre la poliomyélite seule ont été réalisées dans le cadre de campagnes d'éradication de la poliomyélite chez les enfants n'ayant pas reçu le DTCP.

Des vaccinations ont également été pratiquées chez les adultes, et en particulier chez les femmes enceintes (497 vaccinations antitétaniques réalisées au cours de l'année 2005).

❖ Activités de prévention :

Le schéma ci-dessous illustre les différents types d'activités préventives réalisées en 2005 par les agents de santé communautaires.

Figure 6. Répartition des activités préventives réalisées en 2005



Les activités d'IEC (information, éducation, communication) ont concerné les thèmes suivants : allaitement maternel, diarrhées et déshydratation, hygiène de l'eau et des aliments, paludisme, éducation à la santé.

Les activités de démonstrations nutritionnelles consistent à donner aux familles des conseils de préparation d'aliments suffisamment riches afin de lutter contre la malnutrition infantile juvénile (promotion des farines infantiles et des huiles riches en vitamine A).

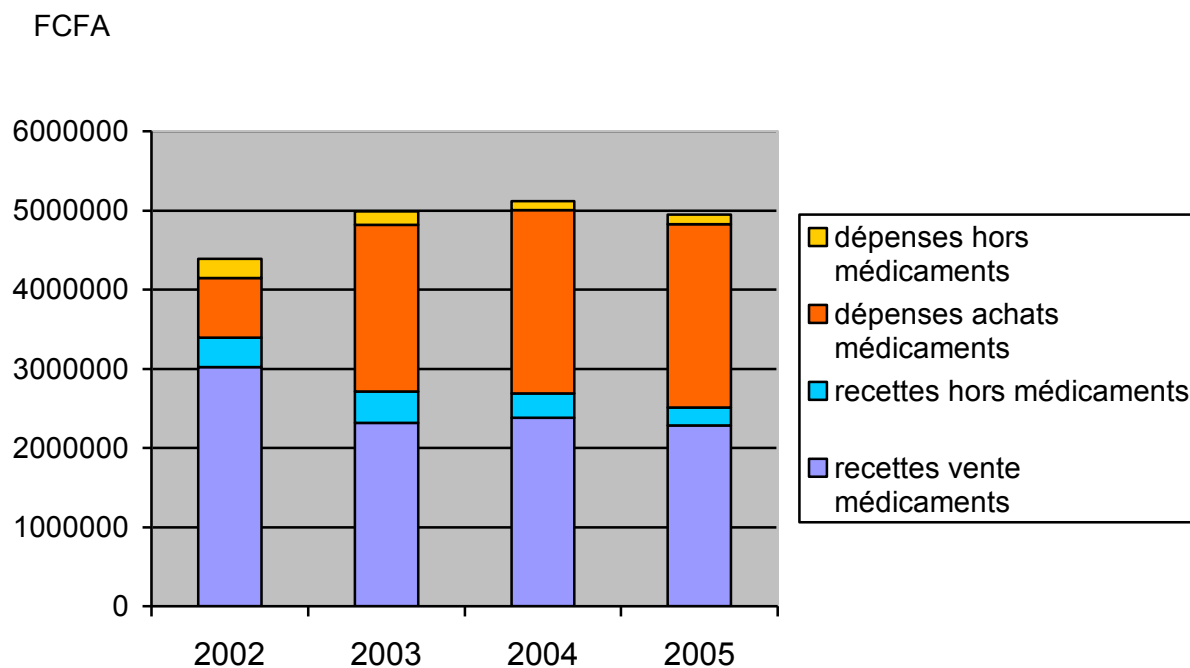
Les activités d'hygiène et d'assainissement sont en rapport avec la prévention des maladies transmissibles, notamment en lien avec le péril fécal.

Par ailleurs, l'équipe de la mission 2006 a relevé au niveau du CSCOM, l'existence d'affiches de sensibilisation concernant les thèmes suivants : la lèpre, la tuberculose, la carence en iode, et l'espacement des naissances.

❖ Bilan financier :

L'évolution des bilans financiers depuis la création du CSCOM est représentée par le schéma suivant :

Figure 7. Evolution des bilans financiers entre 2002 et 2005



Les dépenses hors médicaments correspondent à :

- le salaire du planton (6000 FCFA par mois) ;
- les petits besoins divers ;
- le carburant pour la moto.

Les dépenses liées aux médicaments sont :

- le salaire du gérant (28000 FCFA par mois) ;
- le transport des médicaments ;
- l'achat des médicaments pour le renouvellement du stock.

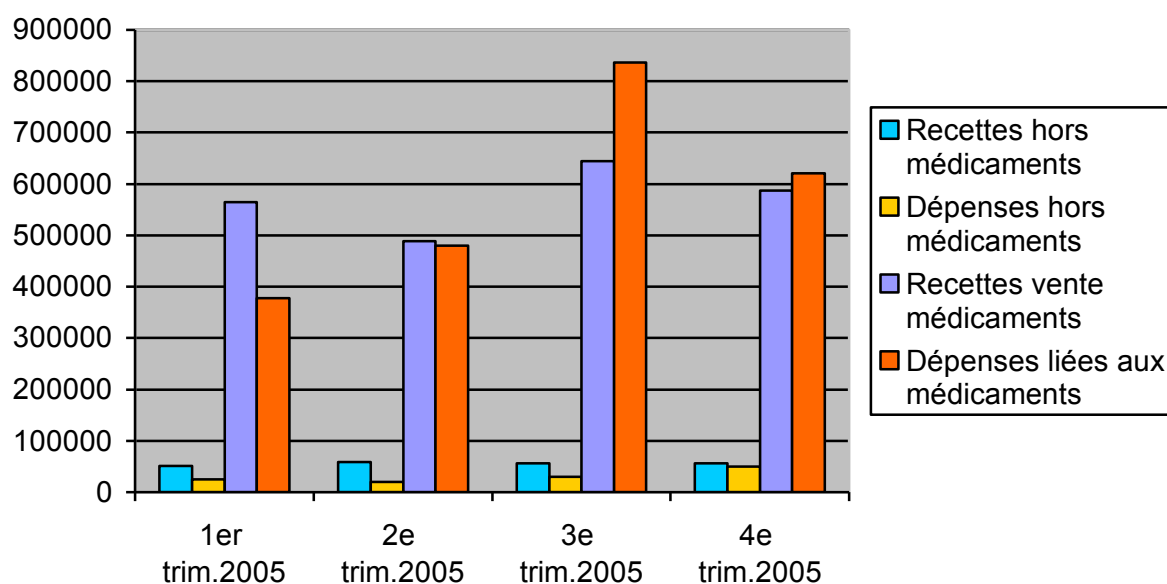
Les recettes hors médicaments proviennent :

- de la vente de cartes d'adhérents ;
- du paiement des actes (consultations curatives, consultations à visée préventive, accouchements) ;
- de la vente de moustiquaires et de kits de ré imprégnation.

Le schéma ci-dessous reflète l'évolution du bilan financier au cours de l'année 2005.

Figure 8. **Bilan financier trimestriel au cours de l'année 2005**

FCFA



III.2.3. B. Analyse qualitative

Les entretiens menés au cours de la mission d'été 2006 ont permis de mettre en évidence les éléments suivants :

➤ *En ce qui concerne la population :*

- 100% des familles interrogées connaissent l'existence du centre de santé, sa localisation géographique, et pensent qu'il était judicieux de créer un CSCOM à cet endroit.
- En ce qui concerne la connaissance des services offerts par le CSCOM, les réponses sont plus partagées, avec notamment un manque de connaissance de l'aspect préventif du CSCOM. Sur les 8 adhérents interrogés, 5 connaissent les activités du CSCOM. Sur les 6 non adhérents, seulement 2 peuvent les citer.
- Au niveau du coût des prestations, le coût global des consultations est estimé un peu élevé, mais lorsque l'on pose la question séparément pour des services précis (soins prénataux, soins du postpartum, accouchement), le coût semble correct.
- La composition de l'ASACO paraît satisfaire la population, à noter tout de même que plus de la moitié des personnes interrogées ne s'est pas prononcée sur cette question par manque de connaissance de cette structure : 4 des 6 non adhérents interrogés et 4 des 12 adhérents.
- En dehors du jour du marché où l'affluence est plus importante le temps d'attente paraît raisonnable.
- La relation avec les prestataires de service est relativement bonne, et la plupart des personnes interrogées sont satisfaites des réponses obtenues lors des consultations.
- Les principaux problèmes rencontrés concernent :
 - l'accès aux médicaments en raison de leur coût et de la fréquence des ruptures de stock ;
 - l'insuffisance de participation aux consultations prénatales des femmes ;

- la difficulté de mise en place du système d'évacuation vers Ansongo pour les cas graves.
- Afin d'améliorer la qualité du fonctionnement, l'appui de l'association Anophele-Rhodar a été cité plusieurs fois.

➤ **En ce qui concerne le personnel de santé :**

- Les principales difficultés rencontrées sont en lien avec un manque de matériel, et un stock insuffisant de médicaments.
- Les problèmes de rupture de stock en médicaments proviennent de difficultés d'approvisionnement au niveau régional (stock insuffisant), et également de problèmes d'acheminement liés au transport.
- La collaboration avec l'ASACO est bonne.
- La relation avec la population est correcte dans l'ensemble. Cependant l'infirmier interrogé vient juste d'être nommé sur le CSCOM et manque donc de recul pour l'instant. La matrone et l'infirmière obstétricienne estiment qu'il y a parfois un manque de respect de certaines personnes par rapport à elles. Le gérant est satisfait.
- Les rapports avec l'hôpital de référence d'Ansongo sont tout à fait satisfaisants et ne font l'objet d'aucune réclamation particulière.
- Afin d'améliorer la fréquentation, les solutions proposées sont :
 - d'augmenter les activités du PMA,
 - de sensibiliser davantage la population à sa santé et à la participation communautaire,
 - d'augmenter la disponibilité en moustiquaires imprégnées,
 - de former des aides soignants afin de renforcer le PMA en stratégie avancée et de sensibiliser ainsi la population la plus éloignée du CSCOM.

➤ **En ce qui concerne les membres de l'ASACO :**

- Ils se réunissent trois fois par an dans le cadre du comité annuel et rédigent alors un procès verbal. Ils se retrouvent au CSCOM chaque samedi. Une réunion avec le personnel de santé a lieu tous les deux mois. La rencontre de la population (chefs de village, représentants de la population) est réalisée environ une fois par an.
- Selon l'ASACO, l'adhésion au CSCOM stagne car la population n'est pas suffisamment sensibilisée au système de cartes d'adhésion et aux activités du CSCOM.
- Ils proposent afin d'augmenter la fréquentation de sensibiliser davantage la population aux activités du CSCOM, et de renforcer les activités en stratégie avancée.
- Dans le but de générer une source de revenus financiers, il est suggéré d'accroître la disponibilité en moustiquaires imprégnées, ou de vendre des farines. La mise en place d'autres activités génératrices de revenu semble difficile à mettre en place et à suivre dans la durée.
- Pour tous les membres interrogés, le bureau de l'ASACO est représentatif de la population, car ses membres sont issus des différents villages de l'aire de santé, et car les décisions importantes concernant le CSCOM sont prises après concertation des représentants et chefs de village.
- La relation avec le personnel de santé du CSCOM ne pose pas de difficultés particulières jusqu'à présent.
- Les relations avec le centre de santé de référence sont bonnes.

III.2.4. Evaluation des activités menées par les différentes missions de l'ANOPHELE - RHODAR en termes de prévention

III.2.4. A. Evaluation des ressources et des structures

❖ Thèmes de prévention abordés par les équipes de l'ANOPHELE – RHODAR :

Les thèmes les plus anciens sont les suivants :

- **Allaitement maternel :**
 - promotion de l'allaitement maternel seul jusqu'à 6 mois, de la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans, et du sevrage progressif dans le but de prévenir la malnutrition ;
 - lutte contre certaines croyances comme celle que le lait maternel devient impur quand la femme est enceinte, et qui conduit alors beaucoup de femmes à arrêter leur allaitement de façon brutale et prématurée ;
 - conseils d'hygiène concernant le lavage des seins avant et après les tétées.
- **Hygiène de l'eau :**
 - promotion de la technique de décantation, filtration et javellisation de l'eau pour obtenir une eau propre ;
 - eau propre à utiliser pour boire, préparer les repas, faire la vaisselle, se laver les mains, les seins pour les femmes allaitant, nettoyer les yeux, les plaies.
- **Hygiène des aliments :**
 - conseils pour protéger les aliments (utilisation de couvercles), et pour les laver avec de l'eau propre.
- **Diarrhée et déshydratation :**
 - apprentissage de la réalisation de la solution sucrée salée (solution de réhydratation orale) ;
 - savoir consulter en cas de signes de gravité.

- **Paludisme :**
 - connaissance de la maladie et des signes de gravité ;
 - promotion de l'usage des moustiquaires imprégnées et du port de vêtements longs ;
 - conduite à tenir en cas de maladie ;
 - prophylaxie chez les femmes enceintes à partir du 2^{ème} trimestre.
- **Affections oculaires (dont le trachome) :**
 - conseils d'hygiène concernant le lavage des yeux.
- **Dystocie :**
 - importance d'une prise en charge médicale en cas de travail prolongé.
- **SIDA et infections sexuellement transmissibles :**
 - information et discussion autour du SIDA et des infections sexuellement transmissibles (modes de contamination, prévention) avec les jeunes.

Ont ensuite été ajoutés les thèmes suivants :

- **Education à la santé et promotion du CSCOM :**
 - appréhension des notions de maladie, de médicaments ;
 - promotion des activités du CSCOM et de la participation communautaire.
- **Hygiène buccodentaire :**
 - conseils d'hygiène buccodentaire.
- **Dangers du fleuve :**
 - conseils pour éviter les noyades.
- **Dangers domestiques :**
 - conseils de prévention et conduite à tenir devant des brûlures, des plaies, des chutes.
- **Prévention périnatale :**
 - promotion des consultations prénatales ;
 - supplémentation en fer et acide folique, prophylaxie antipaludéenne, dépistage des grossesses à risque.

❖ **Priorités du gouvernement malien en termes d'action de prévention :**

Afin de situer l'action de l'association ANOPHELE-RHODAR à l'échelle du Mali, nous nous sommes intéressés aux priorités définies par le gouvernement. Tout d'abord, nous pouvons citer la mise en place de programmes nationaux, qui comportent un volet prévention, dans le but de lutter contre les maladies transmissibles notamment, tels que : le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, le Programme National d'éradication du ver de Guinée, etc.

Nous pouvons ensuite revenir sur le PRODESS (cf. chapitre I.2.1. C. p.28) qui a consacré une partie de ses objectifs d'intervention au développement des soins préventifs.

En effet, un des objectifs du PRODESS I est d'améliorer la qualité des services, tout en développant les activités de prévention : nutrition, lutte contre le paludisme, lutte contre les IST et le VIH/SIDA, etc. Puis, au niveau de la composante santé du PRODESS II, en ce qui concerne les orientations générales en matière de santé, nous pouvons noter la volonté de renforcer les activités d'IEC, ainsi que les activités de prévention, les approches multisectorielles, décentralisées et participatives. Il est fait part également du renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, contre le paludisme, contre le VIH/SIDA et contre les maladies opportunistes et évitables. La lutte contre la malnutrition fait aussi parti des objectifs définis au niveau des orientations générales. Nous pouvons également citer au niveau du cinquième volet du PRODESS II le développement de stratégies préconisées pour rendre adéquat le comportement des ménages et des communautés avec l'élaboration de stratégies de communication pour le changement de comportements visant à augmenter la couverture des ménages les plus pauvres en paquet d'information. Le paquet minimum d'information est défini ainsi : lavage des mains, des ustensiles, utilisation des latrines, gestion des ordures, vaccination des enfants, activités nutritionnelles, allaitement maternel exclusif, utilisation de farines infantiles au niveau du sevrage, conduite à tenir en cas de fièvre/ de toux/ de diarrhées, etc.

Toutes ces notions nous permettent d'estimer que l'action de l'ANOPHELE - RHODAR s'inscrit bien au niveau des priorités définies par le gouvernement malien en ce qui concerne le développement des activités de prévention et le choix des thèmes abordés.

❖ Priorités de l'OMS en termes d'action de prévention :

Il est fait part dans les premiers comptes-rendus de missions de l'ANOPHELE d'éléments qui s'appuient sur les directives de l'OMS comme par exemple le rappel de la définition de 11 thèmes principaux de l'OMS tels que l'allaitement maternel, le développement de l'enfant, l'hygiène de l'eau, la diarrhée, les vaccinations, la toux et les rhumes, le paludisme, le SIDA, la maternité sans risques, la planification des naissances, la croissance.

Par la suite, les différentes missions se sont appuyées sur les priorités de l'OMS définies par les Objectifs du Millénaire pour le développement, qui servent de base et de référence pour les actions de développement et dont les critères généraux sont :

- réduire le nombre de femmes qui meurent en donnant naissance ;
- permettre à davantage d'enfants de survivre durant les deux premières années de la vie ;
- essayer d'empêcher la catastrophe du VIH/SIDA ;
- s'assurer que les gens ont accès aux médicaments indispensables ;
- améliorer la santé sous toutes ses formes et contribuer ce faisant à réduire la pauvreté.

III.2.4. B. Evaluation des processus

❖ Notions générales :

De manière classique, on peut définir différentes approches pour aborder une activité de prévention :

- l'approche **injonctive ou persuasive** pour laquelle l'éducation pour la santé vise la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;
- l'approche **informative** et l'approche **responsabilisante** pour lesquelles l'éducation pour la santé vise la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;
- l'approche **participative** pour laquelle l'éducation pour la santé vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.

Les objectifs de l'action de prévention peuvent être répartis selon trois catégories :

- un **savoir théorique** : connaissances scientifiques par rapport au problème abordé ;
- un **savoir être** : attitudes à adopter face à un problème donné ;
- un **savoir faire** : aptitudes à réaliser une solution pour résoudre le problème.

C'est sur ces trois notions que se basent les **enquêtes CAP** (Connaissance Attitudes Pratiques), que nous avons utilisées dans le chapitre suivant pour évaluer les résultats de l'action l'ANOPHELE - RHODAR.

Ensuite, il est important de prendre en compte les facteurs psychosociaux déterminants les comportements de santé. Il existe différentes théories qui abordent les modèles psychosociaux et comportementaux qui font que telle personne agira de telle façon. Ces modèles tiennent compte de la menace, de la gravité perçue, du rapport coût bénéfice, des croyances, de la motivation à se protéger.

❖ Méthodes utilisées par l'ANOPHELE – RHODAR :

La méthode utilisée depuis les premières missions pour les différentes préventions est une technique décrite dans « l'enfant pour l'enfant », élaborée par l'Unicef. Cette technique se déroule en quatre étapes :

- 1^{ère} étape : **prise de conscience** du problème, à travers des mimes, des contes ou des jeux ;
- 2^{ème} étape : réflexion autour du thème abordé afin de trouver une solution au problème, **acquisition de compétences** ;
- 3^{ème} étape : mise en **action** ;
- 4^{ème} étape : **évaluation**, élargissement, diffusion du message par le bouche à oreille ou la mise en place d'affiches, planification d'une nouvelle action.

Cette méthode rejoint les objectifs décrits dans le chapitre ci-dessus :

- 1^{ère} étape = étape théorique (**savoir**) : approche du problème, interrogation du groupe sur les causes du problème, puis sur les solutions à apporter ;

Exemple : connaître les méthodes pour rendre l'eau potable, savoir comment se transmet le paludisme, le Sida, savoir quand consulter au centre de santé, connaître les modalités du fonctionnement du CSCOM (système de cotisations, activités génératrices de revenus).

- 2^{ème} étape = étape concernant le comportement (**savoir être**) : interrogatoire des familles pour savoir ce qu'elles font face à une situation à problème ;

Exemple : porter des vêtements longs le soir pour se protéger du palu, dormir sous moustiquaires (pour les enfants et les femmes enceintes notamment), ne pas boire l'eau du fleuve afin d'éviter les maladies diarrhéiques, amener son enfant au CSCOM s'il a de la fièvre.

- 3^{ème} étape = étape pratique (**savoir faire**) : par exemple javelliser l'eau, fabriquer une solution de réhydratation orale (SRO formule OMS eau + sel + sucre) ;

Exemple : décanter, filtrer et javelliser l'eau, fabriquer une solution de réhydratation, utiliser un préservatif.

De façon pratique, chaque équipe réalise des affiches concernant les thèmes de prévention. Les affiches montrent des dessins représentatifs du problème, et des solutions à apporter. Depuis quelques années, les étudiants utilisent des systèmes de scratch afin de compléter l'affiche au fur et à mesure de la prévention. Ainsi une fois le problème abordé, les solutions possibles viennent se coller sur l'affiche, afin de rendre les préventions plus interactives et de permettre à la population de participer davantage. Pour bien faire passer les messages, ils utilisent un code de couleur : rouge pour le problème, vert pour la solution à ce problème, bleu pour le moyen pour éviter la répétition de ce problème. Les affiches restent ensuite sur place au niveau du CSCOM, ou des écoles par exemple.

Les préventions sont réalisées sous forme de petits groupes. Elles ont lieu en général le matin avant les consultations pour les femmes, au retour des champs pour les hommes, après l'école pour les enfants, à la tombée de la nuit pour les jeunes.

En dehors des séances de prévention réalisées auprès de la population, ont lieu des **formations auprès des relais communautaires**. Ce sont des membres de la population qui poursuivent les activités de prévention tout au long de l'année auprès de la population, et réalisent leurs activités dans les villages plus ou moins éloignés. La nécessité de former des relais communautaires est apparue très rapidement comme un élément essentiel afin de poursuivre les activités menées de façon ponctuelle pendant l'été. Ainsi, dès la deuxième mission en 1998, l'équipe de l'ANOPHELE - RHODAR a cherché à former des personnes relais. Cette formation s'est ensuite poursuivie les années suivantes. Depuis la création du CSCOM, le rôle des relais communautaires demeure primordial, et s'inscrit dans les activités du PMA au niveau des IEC.

Nous pouvons retrouver au niveau des séances de prévention réalisées par l'ANOPHELE - RHODAR plusieurs types d'approches comme il a été précédemment décrit dans le chapitre ci-dessus :

- l'approche **injonctive** : avec par exemple les conseils délivrés pour obtenir de l'eau propre (filtrer et javelliser l'eau) ;
- l'approche **informative** : avec par exemple les informations délivrées à propos du paludisme, ou du VIH ;
- l'approche **participative** : avec la promotion du centre de santé communautaire (CSCOM) et le principe des cotisations ;
- l'approche **responsabilisante** : avec par exemple le lien entre la prévention sur l'hygiène de l'eau et celle à propos des diarrhées et déshydratation.

En ce qui concerne la prise en compte des facteurs psychosociaux, nous pouvons au niveau de chaque prévention retrouver des éléments qui correspondent à ces paramètres. Par exemple, pour la prévention sur le paludisme, les étudiants ont cherché à tenir compte des croyances de la population à propos de la transmission du paludisme, de la perception de la maladie, du rapport coût bénéfice de l'achat de moustiquaires. De même, pour la prévention sur l'hygiène de l'eau, l'analyse du coût bénéfice de l'achat d'eau de javel, de la motivation à se protéger du risque de contamination en raison de la perception d'auto efficacité (moins de diarrhées chez les enfants qui boivent de l'eau potable) sont des éléments importants à connaître. L'influence sociale a été également prise en compte avec par exemple au niveau du thème qui concerne l'allaitement maternel l'importance de l'allaitement dans la région mais aussi les croyances et l'influence sociale qui pousse certaines femmes à arrêter leur allaitement si elles sont à nouveau enceintes.

❖ **Au niveau de l'Etat malien :**

Au niveau national, il existe un centre national d'information, d'éducation, et de communication pour la santé (CNIECS). Il est en voie de professionnalisation afin de devenir un centre d'expertise de communication pour le comportement.

III.2.4. C. Evaluation des résultats

Les tableaux suivants récapitulent les résultats obtenus suite à la réalisation des enquêtes menées dans les familles au cours de la mission 2006.

❖ Prévention sur l'allaitement maternel :

Tableau VII. Résultats enquête CAP à propos de l'allaitement maternel

CONNAISSANCES	ATTITUDES	PRATIQUES
- Importance de l'allaitement : L'allaitement maternel est primordial pour toutes les femmes interrogées, en raison du lien qui est fait entre l'allaitement et la bonne santé de l'enfant, et en raison de la relation entre la mère et son enfant. - Composition du lait : La composition exacte du lait n'est pas connue.	- Durée de l'allaitement, diversification, sevrage : L'allaitement est réalisé à la demande jusqu'à l'âge de 2 ans en moyenne (sauf cas de survenue d'une nouvelle grossesse). La diversification commence pour la plupart des femmes interrogées à partir de 6 mois, en commençant par des bouillies à base de mil, puis du riz. Le sevrage se fait ensuite de manière progressive. - Allaitement et grossesse : Environ la moitié des femmes pensent qu'il faut arrêter d'allaiter si elles sont à nouveau enceintes, car leur lait deviendrait toxique pour leur bébé.	- Hygiène des seins : Le lavage avant et après les tétées est fait de manière aléatoire selon les moments de la journée.

❖ *Prévention à propos de l'hygiène de l'eau :*

Tableau VIII. Résultats enquête CAP à propos de l'hygiène de l'eau

CONNAISSANCES	ATTITUDES	PRATIQUES
- Moyens pour obtenir de l'eau propre : 80% de la population interrogée citent la technique de décantation, filtration, javellisation (DFJ), 20% environ omettent une étape, soit la décantation, soit la javellisation.	- Activités pour lesquelles l'eau propre est utilisée : Pour la majorité pour boire, pour le lavage des mains, et pour la cuisine. - Activités pour lesquelles l'eau sale est utilisée : La lessive, la vaisselle et pour la toilette en général. - Facteurs limitant la pratique de la DFJ : Le travail dans les champs et à proximité du fleuve, et le prix du flacon de javel. - Lavage des mains : L'utilisation d'une bouilloire pour le lavage des mains n'est pas systématique pour toutes les familles, notamment lorsqu'il s'agit des enfants, il est fréquemment utilisé un seul récipient pour tout le monde. - Utilisation des latrines : La plupart des femmes utilisent les latrines, par contre la plupart des hommes et des enfants disent faire leurs besoins en brousse.	- Décantation, filtration, javellisation (DFJ) : Environ deux tiers des familles utilisent cette méthode pour obtenir de l'eau propre - Faire bouillir l'eau : Une famille sur deux fait bouillir l'eau de façon exceptionnelle à la place de la DFJ. - Conservation de l'eau : Toutes les personnes interrogées utilisent un canari recouvert d'un couvercle.

❖ Prévention concernant les diarrhées et la déshydratation :

Tableau IX. Résultats enquête CAP à propos de la conduite à tenir par rapport aux diarrhées et à la déshydratation

<i>CONNAISSANCES</i>	<i>ATTITUDES</i>	<i>PRATIQUES</i>
- Définition, présentation clinique et conséquences : La diarrhée, le risque de déshydratation et par conséquent la mise en jeu du pronostic vital est bien connue de toutes les personnes interrogées. - Solution sucrée salée (SSS) : Environ deux tiers des familles connaissent la SSS	- Conduite à tenir en cas de diarrhées : La solution sucrée salée est citée par deux tiers des familles. En cas de nécessité de recours à des soins extérieurs, la médecine traditionnelle intervient souvent en premier, le CSCOM en seconde intention. - Utilisation des latrines : Elle est plus importante qu'en temps ordinaire. - Allaitement maternel : Il est poursuivi si l'enfant est malade.	- Fabrication de la solution sucrée salée : Elle est faite correctement par environ une famille sur deux.

❖ Prévention sur le paludisme :

Tableau X. Résultats enquête CAP sur le paludisme

CONNAISSANCES	ATTITUDES	PRATIQUES
- Définition, mode de transmission, signes cliniques et signes de gravité : La plupart des familles connaissent le paludisme, son mode de transmission et à peu près les signes cliniques évocateurs. Ils savent également que la transmission se fait la nuit. La connaissance des signes de gravité est plus aléatoire. - Moyens de protection : Toutes les personnes ont répondu que l'utilisation d'une moustiquaire la nuit était le moyen de se protéger.	- Conduite à tenir en cas de crise palustre : L'administration de nivaquine par le biais des agents de santé est répandue. Le recours à la médecine traditionnelle est également important, et la consultation au centre de santé souvent tardive.	- Utilisation de moustiquaires : Quasiment toutes les familles possèdent au moins une moustiquaire. Environ deux tiers des familles interrogées disent utiliser les moustiquaires de façon quasi systématique tout du moins pour les enfants, et un tiers uniquement au moment de la saison des pluies. Mais à peine la moitié se sert des kits d'imprégnation. - Port de vêtements longs : Les vêtements ne sont pas considérés comme un moyen de prévention. Les gens gardent en général le soir les vêtements portés la journée, et les enfants restent avec des vêtements courts.

III.2.5. Impact du projet initial pour le développement d'autres activités

III.2.5. A. En France

L'association ANOPHELE s'est rapidement dotée d'une branche d'activités en France, permettant à l'association de développer une branche humanitaire locale.

Ainsi, en dehors de la mission au Mali, de nombreux étudiants qui ne partiront pas en mission, ont pu s'intéresser à l'association et participer à leur niveau en France soit :

- Pour le développement de l'action au Mali en contribuant à la recherche de fonds permettant de financer la mission : papiers cadeaux à Noël, journée bol de riz en collaboration avec le Restaurant Universitaire, soirée concert « Du Bruit pour le Mali », tenues des vestiaires lors des soirées médecine, et également organisation du diaporama présentant le retour de chaque mission, exposition photos visant à faire découvrir le projet, projection d'un film tourné en 2001 au village de Tassiga.
- Par la réalisation d'autres actions humanitaires en France :
 - participation à la journée du Téléthon (par une action nommée « prendre l'attention pour capter l'attention » qui consiste à prendre la tension dans la rue. En échange, les gens peuvent faire un don, qui sera reversé en totalité à l'Association française de lutte contre les myopathies) ;
 - participation à la journée du Sidaction (récolte de fonds pour l'association Amitiés Sida) ;
 - ébauche d'un plan de la ville de Nantes pour faciliter l'accès aux handicapés, et journée de sensibilisation au handicap à la faculté de médecine et pharmacie « Handi passe le cap » ;
 - journées « Starting Block » dans les collèges pour sensibiliser les collégiens à la thématique « échanges Nord-Sud » ;
 - interprétation de contes africains pour les enfants hospitalisés et dans les écoles maternelles.

III.2.5. B. Au Mali, dans la commune du Bourra

L'existence et le développement des missions de l'ANOPHELE - RHODAR ont peu à peu amené le projet initial à se tourner vers des secteurs extérieurs à la santé.

Dès la deuxième mission et suite à la demande des populations, les anciens membres de l'association ANOPHELE ont cherché à se rapprocher d'écoles d'ingénieurs (notamment Ingénieurs Sans Frontières) dans le but de développer des actions tels que la construction de puits, pompe à eau ou moulins à mil. Ces projets sont restés à l'état d'ébauche et ne se sont jusqu'à présent pas concrétisés.

Par contre, au projet initial, se sont ajoutés :

- **Un volet éducatif :**

Afin de permettre aux enfants vivant de l'autre côté de la rive principale du village de Tassiga d'être scolarisés sans prendre le risque d'utiliser une pirogue en mauvais état, ce qui avait été source de noyades il y a quelques années, un projet de construction d'école est né. Avec la collaboration de l'ANOPHELE, de l'association TIERE Bretagne et grâce à la participation de l'ONG Aide et Action, une école a pu voir le jour en 2005. Ainsi la première partie de l'école qui permet à trois classes (les trois premiers niveaux) d'étudier fonctionne tout au long de l'année. Le projet de construction de trois classes suivantes est en cours.

Par ailleurs un jumelage s'est installé entre le village de Lellehoye et un village de Vendée.

- **Un volet agricole :**

Le projet s'est élargi en 2005 à une **action vétérinaire** suite à la demande de la population. Ainsi deux étudiants de l'ENV Nantes ont réalisé un bilan des problématiques soulevées sur place au cours de la mission 2005 (maladies rencontrées au niveau des troupeaux, mesures préventives à développer). Deux autres étudiants sont partis au cours de la mission 2006, et un projet d'appui à la création de coopérative agricole est en cours.

III.3. Analyse et discussion

III.3.1. Analyse et discussion à propos de l'évaluation réalisée autour du CSCOM

III.3.1. A. Analyse des processus de création du CSCOM

En ce qui concerne les processus de création du CSCOM, l'évaluation a montré que les différentes étapes de mises en place recommandées par l'Etat malien ont été respectées à Tassiga, et que les associations ANOPHELE et RHODAR se sont impliquées en venant en appui à un projet initié avec la population et les représentants locaux.

Au niveau de Lellehoye, les associations ont été confrontées à des difficultés locales en raison de conflits par rapport au choix du lieu de construction. C'est donc l'Etat qui a décidé de s'impliquer pour régler le problème en choisissant de construire le CSCOM au niveau d'un autre village (Kounsoum), ayant une population importante également et étant situé géographiquement dans une position stratégique. Cette décision, comme nous l'avons indiqué au niveau du chapitre Résultats n'empêchera pas dans quelques années de construire un CSCOM à Lellehoye si la population est toujours demandeuse et si celui de Kounsoum a une fréquentation suffisante.

Ce cheminement est important à souligner car cela montre :

- que l'action d'un partenaire extérieur (association ou ONG) ne peut se faire sans l'appui des populations locales ;
- que cette action nécessite de s'intégrer à la démarche de santé publique mise en place par l'Etat au sein duquel l'action se déroule. Ceci étant particulièrement vrai au Mali, où l'Etat s'est doté, depuis l'instauration des soins de santé primaires, de structures définissant précisément les cadres et stratégies à déployer en matière de santé, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les pays en développement.

III.3.1. B. Analyse des ressources humaines et structures mises en place

L'évaluation des ressources humaines et des structures mises en place à Tassiga est à peu près conforme aux normes exigées par l'Etat malien.

On notera qu'au niveau du **personnel médical**, le CSCOM fonctionne sans médecin, ce qui est le cas de nombreux CSCOM au Mali (d'après une étude réalisée en 1997 seulement 7% des CSCOM en milieu rural fonctionnaient avec un médecin³⁷). Par contre il bénéficie d'une matrone et d'une infirmière obstétricienne, ce qui est relativement peu fréquent car la plupart des CSCOM ont uniquement une matrone.

En ce qui concerne le **matériel**, il est relativement sommaire. Même si les équipes de l'ANOPHELE apportent chaque année du petit matériel, il manque tout de même encore un certain nombre d'équipement de base (tels que pèse bébés, ustensiles et matériel pour les pansements).

Le **système de référence** des cas difficiles à Ansongo est très peu développé. En effet au cours de l'année 2005, il n'y a pas eu un seul cas de référé. Cela est dû d'une part aux difficultés financières de la population, qui doit prendre en charge son propre transport. Il a la plupart du temps lieu par pirogue ou charrette et nécessite plusieurs heures de trajet. En théorie le centre de référence d'Ansongo devrait envoyer son ambulance, mais les problèmes de disponibilité et de financement du carburant se posent.

D'autre part, la communication avec le centre de référence d'Ansongo est rendue difficile par l'**absence de RAC** (réseau autonome de communication). Même si depuis l'an passé, le réseau de téléphonie portable couvre certains points du village, et qu'il est ainsi possible de passer des communications, le système de RAC demeure au Mali la recommandation pour communiquer entre CSCOM et centre de référence.

Si l'on s'en tient aux conclusions tirées par la Banque Mondiale dans son étude de 2005 concernant l'utilisation des services de premier niveau au Mali, ce défaut concernant le système d'évacuation et l'insuffisance de communication avec le centre de référence, serait un facteur néfaste dans l'utilisation des services de santé, notamment en ce qui concerne les consultations prénatales et les accouchements. L'absence de système de communication, rendant difficile les

³⁷ Banque Mondiale, Région Afrique. *Utilisation des services de premier niveau au Mali*, avril 2005.

évacuations, est perçu par la population comme un point négatif au niveau de la qualité des prestations, certaines personnes préférant alors se rendre directement au centre de référence. Il s'agit cependant d'une évaluation nationale, qui est à resituer dans le contexte de Tassiga où le taux de fréquentation étant limité, l'absence de RAC n'est certainement pas le facteur déterminant de cette sous fréquentation.

Au niveau du paquet minimal d'activités, les différents aspects sont représentés. L'analyse qualitative et quantitative des résultats obtenus en matière d'activité est détaillée ci-dessous.

III.3.1. C. Analyse des résultats obtenus

❖ Analyse quantitative

Le principal résultat à retenir est la **faible utilisation des services** avec un taux de fréquentation qui est pour l'instant largement insuffisant, et bien en dessous de la moyenne nationale.

De façon plus détaillée, l'analyse des rapports d'activité fait ressortir que la sous fréquentation concerne tout aussi bien les consultations curatives, que les activités liées à la santé reproductive (consultations pré et postnatales, accouchements, planification familiale) ou au suivi des enfants sains.

En revanche, des résultats satisfaisants ont été obtenus en ce qui concerne les activités de **vaccination**, ce qui déjà est un point encourageant. C'est d'ailleurs l'activité principale du CSCOM par comparaison aux autres secteurs d'activités en termes de nombre d'actes réalisés. Avant la construction du centre de santé, la couverture vaccinale était très faible. Depuis ces dernières années, elle est en augmentation en particulier au niveau des enfants et des femmes enceintes.

Nous pouvons observer qu'il existe d'**importantes fluctuations** au niveau des activités réalisées selon la période de l'année. Les mois d'été étant ceux de la période de l'hivernage, la population est occupée avec les travaux des champs. On observe donc une diminution des activités de vaccination à cette période. En ce qui concerne les activités curatives, le nombre moyen de consultations par trimestre est à peu près stable. Le troisième trimestre est également

marqué par la venue de la **mission de l'ANOPHELE-RHODAR**. On ne note pas en 2005 de franche modification du nombre de consultations à cette période. La situation était totalement différente avant l'ouverture du CSCOM car les équipes consultaient gratuitement et apportaient des médicaments qu'elles délivraient lors des consultations. On notait alors que de nombreuses personnes venaient sans symptomatologie objective le jour de la consultation et décrivaient des symptômes qu'elles avaient ressentis au cours des mois précédents dans le but d'obtenir un médicament qu'elles gardaient en réserve en cas de récurrence (épigastralgies, arthrose ou même fièvre). Cette situation a quasiment disparu depuis l'introduction du paiement des médicaments et des consultations. Désormais au niveau de Tassiga, la venue de la mission modifie peu le taux de fréquentation habituel. A Tonditihio, village situé dans l'aire de santé de Tassiga, où l'infirmier dispense des soins lors de postes avancés et où les équipes ont l'habitude de réaliser des consultations, la situation est un peu différente.

Il est également intéressant de noter que les activités sont fortement dépendantes du **personnel** en place. Ainsi, nous pouvons remarquer au niveau de la figure N°4 (page 75), un creux en ce qui concerne le nombre d'accouchements réalisés en 2004. Cela s'explique par le fait que l'infirmière obstétricienne n'avait pas encore été affectée et que la matrone s'était absentée plusieurs mois.

En ce qui concerne les **pathologies** rencontrées, nous pouvons constater que les maladies infectieuses sont largement majoritaires, avec notamment un nombre important de consultations pour cause de paludisme. Il faut cependant certainement relativiser les diagnostics car n'ayant aucun moyen de réaliser des examens complémentaires, tout cas de fièvre est a priori considéré comme un accès palustre.

Les **activités de prévention**, réalisées par les agents communautaires, même si elles existent et couvrent les domaines prévus par l'Etat malien, sont encore insuffisantes. Les agents communautaires sont souvent confrontés à un manque de moyen pour se déplacer dans les villages et rencontrer les familles (coût du carburant). Ces activités de prévention, supervisées par le personnel de santé (infirmier, matrone) sont particulièrement importantes car elles permettent, comme certaines études l'ont montré³⁸, de développer une relation de confiance entre population et personnels de santé, et ainsi que la population vienne consulter plus facilement.

³⁸ Banque Mondiale, Région Afrique. *Utilisation des services de premier niveau au Mali*, avril 2005.

Au niveau du **bilan financier**, nous attirerons en particulier l'attention sur le troisième trimestre, au cours duquel se situe la mission de l'ANOPHELE - RHODAR. Nous pouvons remarquer que les bénéfices liés à la vente des médicaments sont environ une fois et demi plus importants qu'au cours du reste de l'année. Il s'ensuit une augmentation des dépenses liées à l'achat de médicaments. Il ne faut pas en tirer comme conséquences que les missions vidant le stock de médicaments du CSCOM, puisque les équipes de l'ANOPHELE - RHODAR achètent les médicaments nécessaires à la mission avant d'arriver au CSCOM. Nous pouvons alors penser que le CSCOM, ayant fait davantage de bénéfices (sur la vente des médicaments étant donné un nombre de consultations un peu plus important à cette période, et par la vente de moustiquaires et kits de ré-imprégnation) en profite pour renforcer son stock en médicaments essentiels après la mission.

❖ Analyse qualitative

L'analyse qualitative a permis d'essayer de comprendre les difficultés rencontrées, notamment en ce qui concerne la sous fréquentation mais aussi de montrer les points forts dont il faut tirer partie.

Tout d'abord, on note un manque de connaissance du CSCOM. En effet, même si l'existence du CSCOM est connue par la majorité des personnes interrogées, ses activités le sont de façon incomplète, avec notamment une défaillance en ce qui concerne les activités préventives (suivi des femmes enceintes, suivi des enfants sains).

Le prix global des prestations, compte tenu des revenus modestes des habitants, semble un peu élevé. Cependant lorsque l'on interroge la population sur les services proposés de façon précise, il paraît relativement raisonnable.

Comme il a été mis en évidence par de nombreuses études, le financement des soins par les usagers est en lien avec la sous fréquentation. Ainsi, nous pouvons à nouveau nous référer au rapport concernant l'utilisation des services de santé et de l'offre de soins au Mali, réalisé pour la Banque Mondiale³⁹, dans lequel il est fait part de plusieurs études mettant en évidence le rôle financier comme déterminant de la sous utilisation des services. Nous pouvons également citer, l'étude de Valérie Ridde « Entre efficacité et équité : Qu'en est-il de

³⁹ Banque Mondiale Région Afrique. *Utilisation des services de premier niveau au Mali*, avril 2005.

l'Initiative de Bamako ? »⁴⁰, qui soulève le fait que la population ayant à payer ses soins, il s'ensuit une inégalité face à la santé qui concerne en particulier les indigents, les personnes à faible revenus qui attendent souvent que la situation s'aggrave avant de consulter.

La **qualité des prestations** offertes semble satisfaire les personnes interrogées, en dehors des difficultés liées au renouvellement des médicaments. En effet, les médicaments ne sont pas toujours disponibles, et les ruptures de stock concernant les médicaments courants ne sont pas rares. Les relations avec le personnel soignant au moment de l'évaluation sont difficilement interprétables car l'infirmier venait juste d'être nommé, et l'infirmière obstétricienne était en poste depuis peu également.

A nouveau, nous pouvons nous appuyer sur l'étude réalisée par la Banque Mondiale à propos de l'utilisation des services et de l'offre de soins au Mali. Il y est expliqué que suite aux premières études qui montraient que la faible utilisation des services de santé était liée à l'impact du paiement direct de soins, d'autres études ont mis en évidence le fait que l'impact négatif du paiement des soins par les usagers pouvait être atténué lorsque l'on prenait en compte le véritable contenu de la prestation fournie et donc la qualité des soins. L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est la disponibilité en médicaments, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages. Une seconde composante est la qualité des personnels de santé avec la prise en compte de déterminants tels que l'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le médecin, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels.

L'**ASACO** du CSCOM de Tassiga peut être considéré comme un des points positifs pour le CSCOM. Il ne semble pas y avoir de tensions particulières entre les différents membres. La gestion s'effectue selon les recommandations en vigueur et il n'y a pas eu de soucis majeurs depuis l'ouverture du CSCOM. Les relations entre ASACO, personnel soignant, et médecin chef d'Ansongo se déroulent a priori correctement.

⁴⁰ Ridde V. *Entre efficacité et équité, qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences Ouest-Africaine*. Communication réalisée aux XXVIèmes Journées des Économistes Français de la Santé "SANTÉ ET DEVELOPPEMENT" Clermont-Ferrand, CERDI, 9 - 10 janvier 2003.

L'ASACO étant un des piliers du fonctionnement du CSCOM, ces points positifs sont donc particulièrement importants à souligner. En effet, d'après Hubert Balique⁴¹, nombreux sont les CSCOM qui souffrent d'un manque de vie démocratique au sein des ASACO, et d'un manque de transparence des activités et des comptes. Nous pouvons expliquer le bon fonctionnement de l'ASACO de Tassiga par le fait que étant situé dans un village où le respect de la chefferie traditionnelle est un élément important, et où la cohésion sociale est forte, la gestion semble se faire dans la transparence et les éventuels conflits se règlent plus facilement.

Et pourtant, le CSCOM de Tassiga stagne avec une sous fréquentation qui concerne tous les secteurs. Comment peut-on alors expliquer cela ?

Certainement, par le fait que la population est **insuffisamment sensibilisée** à sa santé et à la prise en charge de celle-ci.

Tout d'abord, les consultations qui se rapportent à la **prévention** sont loin d'être la priorité principale des familles, qui ont d'autres occupations et préoccupations quotidiennes. L'insuffisance de participation aux consultations prénatales et postnatales en est le témoin.

A cela s'ajoute, le poids **des coutumes et des traditions** qui privilégient les familles avec de nombreux enfants, rendant la mise en place d'une activité de planification familiale difficile à aborder.

Ensuite, le rôle de la **médecine traditionnelle** est particulièrement important et limite l'utilisation des services de premier niveau. En effet, une grande partie de la population préfère souvent en première intention utiliser les pratiques de la médecine traditionnelle pour les pathologies courantes, et ne se tourner vers le CSCOM qu'en cas d'échec.

La place de l'**automédication** est aussi un élément à préciser. Nombreux sont les marchands ambulants qui vendent les jours de marché des médicaments, dont le contenu en produit actif est plus que douteux.

Le **faible niveau de revenu des ménages** est très certainement un point important à noter, qui fait que les dépenses pour la santé passent après les besoins de base comme l'alimentation des foyers par exemple.

⁴¹ Cf. note n°28 p.46.

Enfin, le principe même des CSCOM, comme nous l'avons expliqué au niveau du 1^{er} chapitre, repose sur la **participation communautaire**, avec l'achat par les villageois de carte d'adhérents qui leur permettent de cotiser au centre et de bénéficier ainsi de tarifs avantageux pour eux et leurs familles. Ce principe est difficile à développer, et même les personnes qui avaient adhéré une année ne renouvellent pas toujours leur inscription l'année suivante. Le nombre d'adhérents augmente peu, et les fonds mêmes du CSCOM ont du mal à se renflouer. Il peut en effet sembler difficile d'inciter certaines familles à adhérer au CSCOM, et donc à payer chaque année leur cotisation si les revenus de ces familles sont déjà insuffisants pour couvrir leurs besoins essentiels.

C'est donc le système de participation communautaire à la base du fonctionnement du CSCOM qui fait défaut. Ainsi, Soizick Crochet dans *Utopies Sanitaires*⁴² attire l'attention sur le fait que la plupart des ONG mettent en avant dans leurs programmes la participation communautaire, alors que de nombreuses organisations et banques internationales cherchent actuellement à développer d'autres systèmes de financement. Il existe pourtant un certain nombre d'expériences favorables qui se sont basées sur le principe de participation communautaire.

Quelles solutions existent, et quelles solutions développer ?

Le **concept d'activités génératrices de revenus** qui fonctionne dans certains CSCOM a été proposé. Il consiste à développer des activités dont les bénéfices iront directement pour le fond propre du CSCOM. Une étude a été menée au Sénégal⁴³ en 2000, qui a montré que grâce au développement de la participation communautaire, avec la mise en place d'activités génératrices de revenus, des comités d'hygiène travaillaient dans la région afin de promouvoir la santé de la population. Cette expérience favorable s'explique en partie par une grande motivation de la part de la population, et par le dynamisme d'associations de femmes en particulier. Au niveau de Tassiga, il avait été envisagé à une période de construire des briques, qui seraient vendues pour le CSCOM. Mais ce genre d'activités est difficile à maintenir à long terme. Actuellement, les moustiquaires et les kits d'imprégnation achetés par les missions d'ANOPHELE-RHODAR à Bamako, sont revendus à la population à des prix intéressants.

⁴² Crochet S. *Cet obscur objet du désir*. Utopies sanitaires. Direction R. Brauman. MSF, 2000.

⁴³ Diedhiou A., Ndiaye P., Sourang A., Ba A., Diallo I. *Participation communautaire et promotion de la santé: l'expérience des comités d'hygiène et de salubrité du district de Touba (Sénégal)*. Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones/Santé (2006)16(1)43-47.

Cela constitue une source de revenus pour le CSCOM. Mais il ne s'agit pas d'une activité génératrice de revenus dans le sens où elle nécessite l'appui du partenaire extérieur pour le renouvellement des stocks. L'idée d'un moulin à grain a été proposée par la population ; il vient tout juste d'être financé par une autre association française intervenant également dans la région du Bourra (association Tière Bretagne). Nous pouvons également citer à ce niveau l'existence d'associations de femmes, qui se regroupent autour d'activités de maraîchage.

Le développement de mutuelles de santé est en voie de développement au Mali. La mutualité fait d'ailleurs partie d'un des volets de la deuxième phase du PDDSS. Actuellement encore à l'état d'initiatives ponctuelles en milieu rural notamment, les projets se multiplient, et il pourrait être intéressant de se poser la question de développer ce type de projet dans la région du Bourra.

III.3.2. Analyse et discussion à propos de l'évaluation des préventions

Tout d'abord, il est important de souligner les difficultés d'interprétation de l'évaluation réalisée au cours de la mission 2006 en raison de **l'absence d'évaluation préalable** des croyances et pratiques avant les premières missions.

Une tentative d'évaluation des préventions avait été réalisée en 2000, mais les questionnaires n'ont pas pu être remplis comme prévu et n'ont jamais été interprétés de retour en France.

On trouve cependant quelques éléments dans les comptes rendus des premières missions et en discutant avec des anciens membres de l'association, du côté malien notamment. Ainsi, il apparaît que l'usage de l'eau de javel et la préparation de l'eau (décantation, filtration) étaient peu répandus il y a 10 ans. L'utilisation de moustiquaires imprégnées était réservée à quelques rares familles.

En ce qui concerne les résultats obtenus, nous pouvons noter des variations importantes selon les villages en fonction de l'ancienneté des villages auprès desquels les missions ont réalisé les préventions. Il est cependant difficile de comparer de manière scientifique les villages entre eux car il aurait fallu avoir le même échantillon dans chaque village. On note tout de même de manière globale que les villages les plus éloignés et donc ceux qui ont reçu le

moins de séances de prévention ont des connaissances moins précises que les autres, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel avec un arrêt plus fréquent de l'allaitement lors de la survenue d'une autre grossesse, et en ce qui concerne le paludisme (connaissance des modes de transmission et des signes de gravité). L'utilisation des latrines est également moins fréquente, peut être tout simplement par manque de constructions.

Il faut de plus préciser qu'aux préventions réalisées par les équipes de l'ANOPHELE-RHODAR, s'ajoute le travail fait tout au long de l'année par les relais communautaires. Ainsi, les variations observées au niveau des connaissances selon les différents villages correspondent aussi au travail réalisé par les relais communautaires : ceux où les relais sont les plus actifs étant les villages les mieux informés. Profitons-en pour rappeler que les relais communautaires ont été formés par les missions de l'ANOPHELE-RHODAR, et que leur formation est révisée chaque année par un travail en commun au niveau des différents thèmes de préventions abordés.

Ensuite, il est important de revenir sur la manière d'aborder le travail de prévention qui a été utilisé par les différentes équipes de l'ANOPHELE-RHODAR. En effet, il est parfois reproché aux ONG d'avoir une approche trop occidentale, de venir avec des idées toutes faites imposer leur mode de vie. Nous pouvons citer à nouveau Soizick Crochet, qui dans *Utopies sanitaires*⁴⁴, insiste sur l'importance des cultures, notamment en ce qui concerne l'hygiène, mais également des habitudes, et des motivations, qui font que beaucoup de gens connaissent les conseils prodigués, mais préfèrent poursuivre leurs façons de faire pour de multiples raisons (coutumes, manque d'argent, etc.).

Les méthodes d'approches utilisées lors des préventions (cf. chapitre III.2.4.B.) ont été semble-t-il acceptées par la population grâce à un travail commun entre les Anophéliens et les membres du Rhodar, plus proches de la population, qui servent à la fois d'intermédiaires et de traducteurs entre la population des villages et les jeunes français. Cependant, il est intéressant de se poser la question des limites de la prévention, à savoir jusqu'où faut-il poursuivre l'action et comment la réorienter si la plus grande partie de la population semble correctement informée, mais que la mise en application ne suit pas forcément. Il s'agit d'une question difficile, qui doit se poser au cas par cas en fonction des thèmes abordés et de la population cible.

⁴⁴ Crochet S. *Le péril fécal*. Utopies sanitaires. Direction R. Brauman. MSF, 2000.

III.3.3. Limites de l'évaluation réalisée

Tout d'abord, il est important de préciser que les données chiffrées recueillies soit au niveau du CSCOM de Tassiga, soit au niveau de l'hôpital d'Ansongo, sont issues de la consultation des registres d'activité. Leur fiabilité doit donc tenir compte de l'existence d'une marge d'erreur possible au niveau du remplissage des registres par le personnel de santé.

Ensuite, en ce qui concerne l'évaluation en elle-même, n'ayant pas pu me rendre sur place lors de sa réalisation, c'est avec l'équipe de la mission 2006, que nous avons travaillé. L'élaboration des grilles d'évaluation et des questionnaires pour les enquêtes a été préparée avant leur départ, par moi-même, en collaboration avec le Docteur Youssoufa Maïga et les membres de l'équipe 2006 de l'ANOPHELE.

Je n'ai par conséquent pas pu tester les questionnaires sur place sur un petit échantillon de personnes et ainsi réorienter certaines questions qui auraient mérité d'être approfondies davantage.

Etant moi-même ancienne membre de l'association, et l'évaluation ayant été réalisée par les membres actuels de l'association ANOPHELE, en collaboration avec certains du RHODAR, il s'agit donc d'une **évaluation interne**. Comme la plupart des évaluations réalisées en interne, elles ont l'avantage de bien prendre en compte le fonctionnement de l'association et les réalités des difficultés rencontrées sur le terrain. Par contre, elles présentent l'inconvénient de manquer d'objectivité lors de l'interprétation des résultats, et également de rigueur par insuffisance d'expériences antérieures dans le domaine et manque de moyens au niveau de la réalisation des enquêtes.

Ainsi, nous pouvons citer un biais en ce qui concerne l'évaluation des préventions au niveau d'un des villages : il s'agit de celui de Tonditihio, les évaluateurs étaient censés se rendre dans les familles pour réaliser les enquêtes CAP afin de se rendre compte des connaissances des personnes interrogées mais aussi d'apprécier leurs attitudes et pratiques. Au niveau de ce village, par manque de temps les évaluateurs ont dû interroger les familles avant les séances de prévention, et n'ont donc pas pu prendre en compte l'aspect observation des pratiques dans les familles.

III.3.4. Rôle de l'ANOPHELE - RHODAR en tant que partenaire extérieur

Nous pouvons nous interroger par rapport au maintien à plus ou moins long terme d'un partenaire extérieur dans la région du Bourra et nous poser la question de savoir si la poursuite des missions n'a pas un rôle néfaste dans le sens où elles pourraient auto entretenir un état de dépendance vis-à-vis des populations et des autorités locales.

En effet si l'on s'en réfère à la bibliographie, nous pouvons citer de nombreux auteurs qui ont remis en question l'aide humanitaire, considérant qu'il s'agissait d'un assistanat entretenu par les différents acteurs.

La **dispense de soins curatifs purs** a été largement critiquée, considérant qu'il s'agissait d'un appui bref, en général gratuit qui ne prend pas en compte la responsabilisation des populations ni le système de santé en place. Par ailleurs, les notions de développement sur le long terme ne sont absolument pas abordées dans ce type d'action.

L'**apport de matériel médical et de médicaments** venus de France a également été remis en question, étant souvent peu adaptés aux demandes et aux besoins de la population sur place. Le système de dons de médicaments en M.N.U. (médicaments non utilisés, qui correspondent à des médicaments souvent sous forme de spécialités, récupérés par les pharmacies et triés par des associations comme Pharmaciens Sans frontières) a été largement controversé ces dernières années. Comme décrit précédemment, de nombreux pays en développement, dont le Mali, ont mis en place des centrales d'achat qui délivrent des médicaments génériques en conditionnement particulier et adaptés aux centres de santé communautaires (Médicaments Essentiels).

Nous pouvons nous appuyer sur l'ouvrage Utopies Sanitaires, précédemment cité, avec le chapitre de Philippe Biberson⁴⁵ à propos du désert sanitaire, qui attire l'attention sur le fait qu'une action ne peut trouver sa place par le simple motif que la région ciblée est dépourvue de structures de santé ou de matériel médical adapté. En effet de multiples actions ont connu un échec rapide par le fait que des projets avaient été menés sans faire l'objet de discussions préalables avec la population et ses représentants, et avaient par conséquent échoué très vite par manque d'investissement des bénéficiaires, qui ne s'étaient pas senti engagés dans le processus ou qui ne se sentaient tout simplement pas concernés par le projet.

⁴⁵ Biberson P. *Le désert sanitaire*. Utopies sanitaires. Direction R. Brauman. MSF, 2000.

Nous pouvons également citer la thèse de Florence VAN DE VELDE (*Y a-t-il une place en Afrique pour des projets humanitaires indépendants ? Analyse des difficultés rencontrées par un projet de solidarité médicale dans une région rurale du Burkina Faso*)⁴⁶, qui a cherché à montrer les difficultés rencontrées par une association d'étudiants en médecine, laquelle travaillait autour de l'appui d'une structure de santé existante, par l'apport de matériel médical notamment.

La **réalisation d'action de prévention** semble être une des méthodes qui apporteraient le plus de bénéfices en termes d'amélioration de l'état de santé des populations. Mais il convient de se méfier des messages préformés par les occidentaux et peu adaptés aux populations, qui doivent se sentir impliquées dans cette démarche pour qu'il s'ensuive des résultats satisfaisants. Les difficultés de ce type d'action résident souvent dans la difficulté à atteindre la population cible souhaitée.

Un autre type intéressant d'approche est celui du **transfert de compétences** et d'**appui aux professionnels de santé** par l'autoformation, comme par exemple la venue de chirurgiens spécialisés dans des blocs opératoires locaux, dans le but de former le personnel sur place à de nouvelles techniques chirurgicales. Ce type d'aide humanitaire est très intéressant, mais demande du personnel qualifié et spécialisé de part et d'autre.

Dix ans après le début de l'action de l'ANOPHELE-RHODAR, il est légitime de se demander si l'action des deux associations a toujours sa place.

L'analyse des résultats de l'évaluation réalisée a montré que le CSCOM était encore largement sous fréquenté, que la population de l'aire de santé de Tassiga était insuffisamment sensibilisée aux activités du CSCOM, mais qu'on pouvait tout de même observer le retentissement de l'action menée, notamment au niveau des actions de prévention et grâce aux liens créés avec la population, les représentants locaux et les relais communautaires.

⁴⁶ Van de Velde F. *Y-a-t-il une place en Afrique pour des projets humanitaires indépendants ? Analyse des difficultés rencontrées par un projet de solidarité médicale dans une région rurale du Burkina Faso*. Thèse : Médecine : Saint Etienne, Faculté de médecine Jacques Lisfranc : février 2007.

Réflexion autour d'un projet humanitaire élaboré par quatre étudiantes en médecine de Lille en 1999, et visant à développer une action d'aide à l'équipement d'un centre médical isolé à Gorom-Gorom au Nord du Burkina Faso.

L'action de l'ANOPHELE-RHODAR se situe donc dans une approche multiple par :

- la réalisation d'**actions préventives**,
- la **formation** sur place à travers les relais communautaires et grâce au soutien du personnel de santé du CSCOM,
- l'appui au **curatif**
- le **soutien matériel** par l'achat de médicaments à Bamako (principalement utilisés sur place lors des missions), l'apport de petit matériel médical manquant au CSCOM, et l'achat de moustiquaires et kits d'imprégnation.

Par ailleurs, le développement d'activités extérieures à la santé (action vétérinaire et éducative) montre que l'association a su s'adapter aux besoins et aux demandes de la population.

III.4. Perspectives d'avenir et recommandations

❖ A l'intention des associations ANOPHELE et RHODAR :

En ce qui concerne le projet de l'ANOPHELE - RHODAR, nous pouvons penser que le travail des deux associations a toujours sa place dans la région du Bourra, et définir les objectifs suivants pour la poursuite des activités :

- poursuite des activités de prévention, dans le but de continuer le travail réalisé au niveau des conseils d'hygiène de base ;
- poursuite du travail de promotion et d'éducation à la santé, par la sensibilisation de la population à une meilleure connaissance des activités du CSCOM ;
- favoriser le développement d'activités génératrices de revenu, dans le but d'encourager la dynamique communautaire ;
- réfléchir avec la population et ses représentants sur la possibilité de mise en place de systèmes de mutuelles de santé ;
- améliorer le système de référence vers l'hôpital d'Ansongo (financement du moyen de transport, réévaluer la nécessité d'un RAC et de son financement) ;
- réfléchir aux possibilités d'amélioration de la gestion des médicaments afin d'éviter les ruptures de stock ;
- développer les postes avancés et mettre en place un système de financement pour payer le carburant nécessaire ;
- poursuivre le travail de collaboration réalisé avec les autorités locales, et régionales, dans le but de réorienter l'action de l'association selon les besoins définis, par exemple appui du CSCOM de Kounsoum et d'un probable futur CSCOM à Tassiga Gourma ;

- poursuivre en France la sensibilisation de la population (étudiants en médecine, ou d'autres facultés, collégiens, lycéens, écoliers, ou autres) aux problématiques Nord-Sud, et aux échanges inter culturels ;
- poursuivre la collaboration avec des associations ou organismes partenaires pour le développement et l'action humanitaire (Coordination Sud par exemple) ;
- réaliser chaque année un budget précis des fonds utilisés lors des missions ;
- réaliser également chaque année un budget récapitulatif des fonds perçus par les différents bailleurs, et par les autres activités de l'association ayant généré des revenus ;
- élaborer d'une année sur l'autre un programme d'actions pour la ou les années à venir, décrivant les objectifs d'intervention prévus par l'association.

❖ **A l'intention des autorités sanitaires du Mali :**

- réévaluer la nécessité de mise en place d'un RAC ;
- réfléchir à la place de l'ANOPHELE au niveau du CSCOM nouvellement créé à Kounsoum, et au niveau de celui de Tassiga Gourma puis de Lellehoye en cours de projet.

❖ **A l'intention des bailleurs de fond :**

- continuer à soutenir les projets de l'association pour lui permettre de poursuivre ses actions ;
- favoriser le développement de partenariats Nord-Sud.

❖ **A l'intention de la Faculté de médecine de Nantes :**

- poursuivre son appui à l'association ;
- favoriser le développement de partenariats entre futurs médecins français et étrangers par le biais de projets humanitaires, des stages à l'étranger, ou du soutien de l'Université et du CHU pour la formation de médecins étrangers.

Chapitre IV

Action humanitaire au niveau des Facultés de médecine françaises

IV.1. Introduction

Afin de mieux situer l'action de l'association Anophele, en tant qu'association d'étudiants en médecine, à but humanitaire, nous avons cherché à connaître ce qui existait en France au niveau des autres Facultés de médecine.

Nous ne nous sommes pas intéressés au volet réalisation de stages à l'étranger ou jumelages entre universités ou hôpitaux, mais volontairement uniquement à l'existence et au fonctionnement d'associations d'étudiants au niveau des Facultés de médecine ayant une activité humanitaire à l'international. Nous avons cependant cherché à savoir s'il y avait au sein des facultés une commission hospitalo-universitaire pour les relations internationales.

IV.2. Méthode

Nous avons élaboré une enquête sous forme d'un questionnaire (cf. annexe n°10) à questions semi-ouvertes, qui a été envoyé par l'intermédiaire du doyen de la Faculté de médecine de Nantes à l'ensemble des doyens des différentes Facultés de médecine françaises. Le questionnaire a été accompagné d'une lettre de présentation de l'objet de l'enquête réalisée, et d'un mot d'introduction du Pr. J.M. ROGEZ, Doyen de la Faculté de Nantes.

L'enquête s'est déroulée entre les mois d'avril et juin 2007. Une relance par email a eu lieu début juin pour augmenter le taux de participation.

IV.3. Résultats

Sur l'ensemble des trente trois Facultés de médecine françaises, nous avons obtenu onze réponses, soit un taux de participation de 33 %.

Les questionnaires ont été remplis soit par les doyens, soit par les personnes chargées des relations internationales auprès des doyens, soit par les présidents des associations d'étudiants.

Sur les onze réponses obtenues, trois sont des réponses négatives, c'est-à-dire que l'université interrogée a répondu qu'elle n'avait pas d'association étudiante avec un projet humanitaire. Toutes les autres universités ayant participé à l'enquête ont au sein de leur faculté une association étudiante menant des activités humanitaires à l'étranger ou en France et à l'étranger.

Les universités interrogées ont pour la plupart un comité hospitalo-universitaire pour les relations internationales (huit réponses positives, une réponse négative qui concerne la Faculté de Reims et deux absences de réponses au niveau des Facultés de Poitiers et Tours, la personne ayant répondu au questionnaire n'étant pas en mesure de répondre à cette question).

Les pays au niveau desquels les actions ont lieu concernent en majorité l'Afrique de l'Ouest, Madagascar, mais également l'Amérique centrale et l'Asie.

Les actions menées concernent principalement la santé, cependant l'éducation tient également une place importante.

Afin de faciliter la lecture des résultats, nous avons récapitulé les réponses obtenues sur le tableau suivant.

La question concernant l'inscription de l'action dans un programme sur plusieurs années n'a pas été reprise dans les résultats, étant d'interprétation difficile. Elle sera explicitée dans la partie analyse.

Tableau XI. Réponses aux questionnaires envoyés aux Facultés de médecine à propos de l'action humanitaire étudiante

Faculté de Médecine	Association humanitaire d'étudiants *	Lieu d'action	Type d'action menée	Intégration dans un programme national	Financement du projet	Partenariat	Ancienneté de l'action
ANTILLES - GUYANE	Non	/	/	/	/	/	/
BORDEAUX	Karavan Bordelaise	Sénégal, Burkina Faso, Togo, Laos, Bénin, Madagascar	<i>Santé</i> : promotion et éducation, apport de matériel et de médicaments de France, mise en place de structures de soins, formation du personnel médical <i>Education</i>	Non	Faculté Collectivités Fonds privés	Association non universitaire au Sénégal	3 ans
BREST	Solidarité Mali-Brest	Mali	<i>Santé</i> : promotion et éducation, apport de matériel et de médicaments (de France et achat sur place), mise en place de structures de soins <i>Education</i> : apport de fournitures scolaires	Non	Collectivités Autofinancement	Non	Plus de 10 ans
LIMOGES	Association ADEMSIL	Mauritanie	<i>Santé</i> : apport de matériel et de médicaments de France et achat sur place, mise en place de structures de soins	Non	Faculté Fonds privés Autofinancement		5 à 10 ans
LYON	Association ACTES	Guinée Madagascar Cameroun Sénégal Togo	<i>Santé</i> : promotion et éducation, soins curatifs, apport de matériel et de médicaments de France et achat sur place, mise en place de structures de soins, formation de personnel	Non	Fonds privés	Facultés étrangères Associations non universitaires étrangères	13 ans

MARSEILLE	Association EMASSI	Madagascar Sénégal Mali Burkina Faso Moldavie Pérou Equateur Inde Vietnam	<i>Santé</i> : promotion et éducation, soins curatifs, apport de matériel et de médicaments de France et achat sur place, mise en place de structures de soins <i>Education</i> : soutien scolaire, jumelages avec écoles, construction ou rénovation écoles ou centres de formation	Oui pour le projet Mali Non pour les autres	Collectivités Fonds privés Autofinancement	Associations locales (Soli 13, Santé Sud) Facultés étrangères Associations non universitaires étrangères	3 ans (fusion de 4 associations, selon les projets ancienneté de 1 à 7 ans)
PARIS-XI (Kremlin-Bicêtre)	Association EVADEH	Madagascar Burkina Faso Inde	<i>Santé</i> : promotion et éducation, soins curatifs, apport de matériel et de médicaments de France, mise en place de structures de soins	Non	Université Fonds privés		9 ans
POITIERS	Le CREM	Burkina Faso	<i>Santé</i> : promotion et éducation, soins curatifs, apport de matériel <i>Education</i> : alphabétisation	Non	Faculté Collectivités Fonds privés Autofinancement	Association non universitaire au Burkina Faso	3 ans
REIMS	Non	/	/	/	/	/	/
STRASBOURG	Non	/	/	/	/	/	/
TOURS	Non mais partenariat avec association	Burkina Faso	<i>Education</i> : soutien scolaire, construction d'écoles	Non	Faculté Collectivités Autofinancement	Association non universitaire locale	2-5 ans

*Les coordonnées des différentes associations citées ci-dessus figurent en annexe n°11.

IV.4. Analyse et discussion

Dans le but de compléter les réponses obtenues, nous avons cherché à nous renseigner sur ce qui existe au niveau des facultés n'ayant pas répondu au questionnaire, afin d'avoir une vision plus large de la situation des associations d'étudiants en médecine en France.

Nous avons pour cela utilisé le moteur de recherche Google, et pu ainsi répertorié les différents sites des associations humanitaires étudiantes, afin de compléter notre enquête.

Il apparaît alors que sur les vingt-quatre universités n'ayant pas répondu, neuf d'entre elles ont une association d'étudiants avec une action humanitaire.

Selon les Facultés, il s'agit soit d'une association indépendante consacrée uniquement à l'action humanitaire, soit d'une branche humanitaire au niveau de la corporation des étudiants en médecine (association en lien avec l'ANEMF, dont l'action première est le soutien des étudiants tout au long de leurs études avec l'impression des photocopies et l'organisation des soirées étudiantes).

Parmi les différentes associations d'étudiants, deux ont des actions principalement en France et des actions uniquement ponctuelles à l'étranger (association POEMES de l'Université de Versailles avec un projet au Cambodge en 2004 et un convoi d'apport de médicaments et de matériel médical en Serbie-Monténégro en 2005, et association PIROGUES de la Faculté d'Amiens avec un projet en Guyane en 2002).

En dehors de la Faculté de Clermont-Ferrand, qui n'a pas de projet propre et agit en soutenant certaines ONG telles MSF ou PSF, les autres Facultés ont une action à l'étranger et organisent une mission sur place avec l'envoi d'une équipe d'étudiants chaque année.

Nous pouvons ainsi citer les associations suivantes :

- « ADAH » de l'Université de Dijon, qui existe depuis 1998 et qui regroupe des étudiants en médecine, mais aussi d'autres filières (psychologie, lettres, langues, biologie). Les actions menées concernent la santé (rénovation de structures de soins, apport de médicaments, promotion de la santé) et l'éducation. Les projets se déroulent au Burkina-Faso et à Madagascar.

- « AHESQ » de la Faculté de médecine de Grenoble, qui travaille au Pérou, au Burkina-Faso, à Madagascar, au Vietnam et au Laos. L'action menée concerne la santé (apport de matériel médical, de médicaments, réalisation de soins de prévention), l'éducation (soutien d'écoles), et l'accès à l'eau potable (construction de puits).
- « ASIEMBO » de la Faculté de médecine de Paris-XIII (Bobigny), qui développe un projet au Cameroun depuis 2004 (action de santé avec l'apport de médicaments, la réalisation de soins curatifs et de séances de prévention, et également action qui concerne l'éducation avec le soutien d'écoles par l'intermédiaire de jumelages).
- « EBISOL » de la Faculté de médecine de Paris-VII (Bichat), fondée en 1998, et dont l'action se situe au Cameroun, au Togo, au Sénégal, à Madagascar, au Burkina-Faso, et également en Roumanie et au Vietnam.
- « La goutte d'eau » de la Faculté de Lille, qui existe depuis 1994, et développe son action au Cameroun, au Togo, à Madagascar, et en Côte d'Ivoire.
- « Ici là Bas » de l'Université de Montpellier : association d'étudiants en médecine et en école de sages femmes, agissant au Burkina-Faso depuis 2002, dont l'objectif principal est l'apport de matériel médical, la rénovation de pouponnières, et la réalisation d'actions de prévention.
- « SOLEM » regroupant les étudiants des Facultés de médecine de Paris-V (Cochin, Necker, Broussais), qui exerce son action en Afrique, Asie, Amérique du Sud, avec une ancienneté variable selon les projets (1994 pour le plus ancien à cette année pour les nouveaux projets). L'association est composée d'étudiants en médecine principalement et travaille en collaboration avec différentes écoles d'ingénieurs de la région parisienne.

En ce qui concerne les réponses obtenues à l'enquête réalisée, nous pouvons noter qu'il est difficile pour la plupart des associations étudiantes d'inscrire leurs actions sur un programme de développement sur plusieurs années.

En effet de nombreux projets, récents ou plus anciens, sont reconduits d'une année sur l'autre et réorientés en fonction de l'évolution de l'action sur place et des moyens de l'association. Mais il apparaît difficile de programmer les activités de l'association sur une période déterminée et sur une échelle de temps de plusieurs années. Cela certainement parce que les associations étudiantes sont renouvelées chaque année, et que le bon déroulement des projets varie selon l'investissement des étudiants impliqués et des fonds obtenus, dépendant en partie de l'autofinancement associatif (bénéfices obtenus par l'organisation de soirée, de ventes de produits divers).

Nous pouvons également remarquer que la plupart des projets sont menés de façon indépendante par rapport aux programmes de politique nationale en place au niveau des pays concernés, même si la plupart des associations travaillent avec des partenaires sur place.

Enfin, il semble que les associations les plus dynamiques sont celles qui développent des liens sérieux avec des partenaires dans les différents pays au niveau desquels l'action se situe, et travaillent en France en collaboration avec des associations reconnues comme « Solidarités Etudiantes » et réalisent des échanges entre associations étudiantes de solidarité internationales. La motivation, l'implication et l'esprit d'échange et d'ouverture des étudiants sont bien entendu un facteur capital au succès des projets.

Finalement, nous pouvons remarquer qu'environ la moitié des Facultés de médecine françaises est dotée d'une association d'étudiants avec une action humanitaire. Il existe cependant d'importantes variations entre les associations selon l'ancienneté, le nombre de projets et le nombre d'adhérents.

Enfin, nous pouvons préciser que les associations les plus importantes sont celles des Facultés de Marseille avec 12 projets à l'étranger pour cette année, et 76 personnes partantes, celles de Lyon avec 7 projets et 96 personnes partantes, et celles de Paris-V avec 23 projets et 1600 adhérents !

Chapitre V

Impact de la participation à l'association ANOPHELE

V.1. Introduction

La participation à une association étudiante et à un projet humanitaire tel que celui de l'association ANOPHELE constitue un temps fort des études médicales pour l'ensemble des participants.

J'ai réalisé l'an passé, dans le cadre de la validation du Diplôme d'Université de *Santé Publique et Promotion de la santé - Option Pays en Développement* de l'Université Henri Poincaré à Nancy, un mémoire⁴⁷ dont l'objectif était d'étudier l'impact de la participation à un projet humanitaire dans un pays en voie de développement en tant qu'étudiant en médecine.

Je me suis basée sur l'exemple de l'association ANOPHELE. J'ai alors réalisée une étude rétrospective auprès des anciens membres de l'association, afin d'étudier l'impact au niveau personnel et professionnel de l'implication dans l'association ANOPHELE, à travers la mission au Mali.

Nous avons repris ci – dessous les éléments principaux de l'étude réalisée.

V.2. Méthode

L'étude a été réalisée entre les mois d'avril et juin 2006.

J'ai interrogé l'ensemble des anciens membres de l'association depuis la première mission en 1997, jusqu'à celle de 2002 comprise. Le seuil de l'année 2002 a été choisi pour que les étudiants interrogés aient suffisamment de recul par rapport à la réalisation de leur mission. Ainsi les personnes interrogées étaient au moment de l'enquête soit interne, soit déjà médecin ou dentiste. Sur l'ensemble des participants, cinq n'ont pas pu être interrogés (coordonnées non obtenus, ou abandon des études de médecine pour un d'entre eux). Au total, le questionnaire a été envoyé à 46 personnes, et le taux de participation obtenu fût de 70%.

⁴⁷ Rathouis Maïga H. *Echanges Nord-Sud, impact de la participation à un projet associatif humanitaire en tant qu'étudiants en médecine*. Mémoire de DU en Santé publique et Promotion de la santé Option Pays en Développement : Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de Médecine - Ecole de Santé Publique : 2006.

Un questionnaire sous forme de questions fermées avec commentaires libres associés (cf. annexe n°12) a été envoyé aux participants par courrier électronique. Les questions portaient sur l'impact professionnel d'une part (choix de l'activité professionnelle, pratique médicale, orientation vers la médecine humanitaire, réalisation de stage à l'étranger dans la suite du cursus des études de médecine, acquisition de compétences dans le domaine de l'humanitaire), et l'impact personnel d'autre part (enrichissement au niveau socioculturel, investissement au sein d'une association, implication dans les échanges Nord-Sud, développement personnel).

Après lecture de chaque questionnaire reçu, j'ai dans un premier temps effectué une analyse quantitative à partir des réponses obtenues aux questions posées. J'ai ensuite réalisé une analyse de contenu à partir des éléments de réponses dégagés par la lecture des commentaires libres. J'ai ainsi pu mettre en évidence les principaux apports de la participation à l'association.

V.3. Résultats

V.3.1. Analyse quantitative du questionnaire

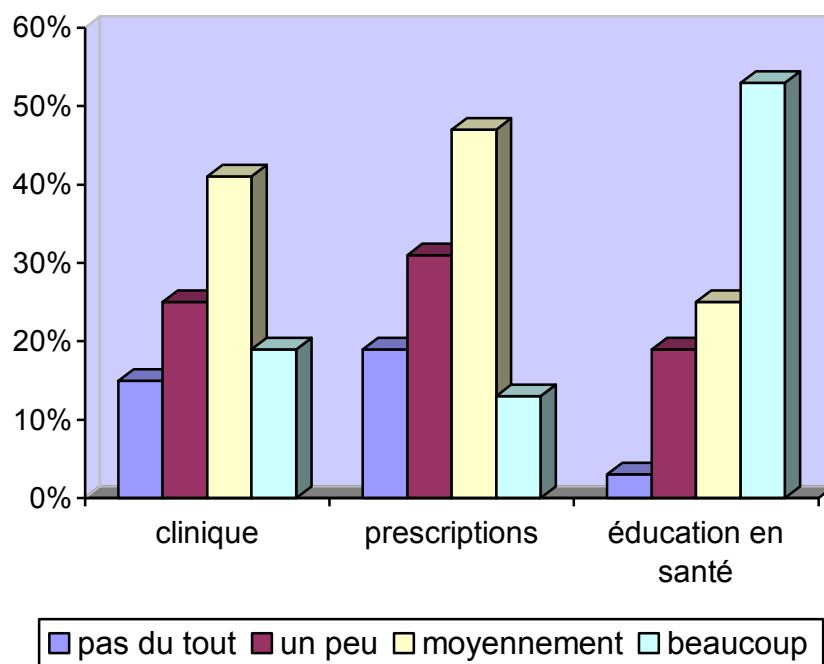
V.3.1. A. Retentissement au niveau professionnel

❖ Pratique médicale

Le fait d'avoir participé à une action de santé dans un pays en développement a un impact sur la pratique médicale de retour en France et pour la suite.

Le schéma suivant illustre les conséquences de la mission au Mali sur la pratique médicale (pratique clinique, prescriptions, et activité d'éducation en santé) des personnes interrogées. Le résultat est significatif notamment en termes d'éducation en santé.

Figure 9. **Retentissement sur la pratique médicale**



❖ **Choix d'activité professionnelle**

Le fait d'avoir participé à une action humanitaire a joué un rôle sur l'orientation professionnelle (choix entre médecine générale et spécialisation, entre activité en secteur public ou secteur privé) pour 34 % des personnes interrogées de manière moyennement importante, pour 44 % de manière peu importante. Pour 22 %, la participation au projet n'a pas modifié du tout leur choix professionnel.

❖ **Stage d'été à l'étranger**

Parmi les anciens membres de l'association Anophele, 75 % ont réalisé un stage en tant qu'externe à l'étranger (cinq au Mali, un en Guinée, deux à Madagascar, trois au Maroc, trois en Bolivie, deux au Vietnam, trois au Canada, cinq en Europe).

❖ Orientation vers la médecine humanitaire

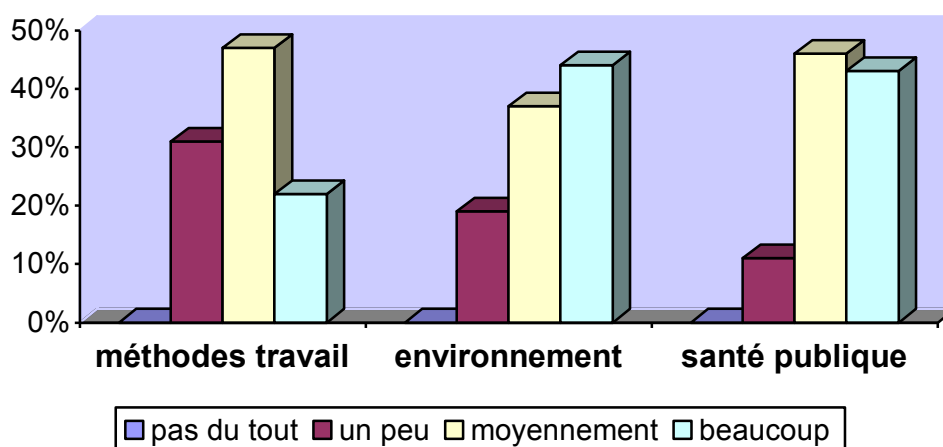
45% des anciens membres de l'association ont aujourd'hui un projet de participation à une action humanitaire en tant que médecin pour les années à venir. Pour la plupart, il ne s'agit pas de projet concret à l'heure actuelle. Cependant, trois ont déjà participé à des actions : pour un d'entre eux, il s'agit d'une action de médecine d'urgence en rapport avec l'épidémie de Chikungunya ; pour les deux autres, il s'agit d'un projet de développement en santé communautaire et soins de santé primaires au Cameroun.

❖ Acquisition de compétences dans le domaine de l'humanitaire

L'implication dans la mise en place du projet de la mission au Mali a permis de développer certaines compétences, à savoir l'acquisition de méthodes de travail nécessaires pour monter à bien un projet de développement, la connaissance de l'environnement et du système de santé d'un pays en voie de développement, et l'approche de la santé publique.

Le schéma ci-dessous illustre l'estimation par les personnes interrogées du niveau de compétences acquises dans le domaine de l'humanitaire, en ce qui concerne l'apprentissage de méthodes de travail, la connaissance de l'environnement des pays en développement, et l'approche de la santé publique.

Figure 10. Acquisition de compétences dans le champ de l'humanitaire



V.3.1. B. Retentissement au niveau personnel

❖ Enrichissement socioculturel

L'enrichissement au niveau socioculturel a été l'un des points importants de la participation à l'association. La totalité des personnes interrogées déclare que la mission leur a permis de découvrir une autre culture (pour 75 % de manière importante et pour 25 % de manière moyennement importante). De la même manière les participants estiment avoir appris à relativiser leur propre culture suite à leur départ au Mali.

❖ Investissement associatif

Actuellement, 25 % des anciens membres soutiennent une association. Il s'agit, pour la plupart, davantage d'un soutien passif que d'une participation active. Certains soutiennent toujours les activités de l'association ANOPHELE, d'autres ont rejoint des ONG internationales (soutien financier) ou des associations locales.

❖ Echanges Nord- Sud

80 % des personnes interrogées pensent être désormais plus concernées par les échanges Nord- Sud depuis leur mission au Mali (40% beaucoup, 40% moyennement).

❖ Liens actuels avec l'association

En ce qui concerne le maintien de liens avec l'association, 20 % ne gardent aucun lien, 60 % gardent quelques liens lointains, et 20 % suivent moyennement les activités de l'association. 70 % des participants conservent des contacts importants avec d'anciens membres en France, 28 % des contacts moyennement importants. Avec les anciens membres au Mali, les réponses sont plus partagées : 28 % n'ont plus aucun contact, 37 % ont des contacts peu importants, 22 % ont des contacts moyennement importants, et 13 % ont des contacts importants.

❖ Développement personnel

L'expérience vécue au niveau de la mission a beaucoup apporté sur un plan personnel à la plupart des participants. Ils estiment avoir acquis une meilleure connaissance d'eux-mêmes et avoir mûri au cours de la mission (47 % beaucoup, 38 % moyennement, et 15 % un peu).

V.3.2. Analyse du contenu

V.3.2. A. Au niveau professionnel

Le tableau suivant résume les données retrouvées par l'analyse des commentaires libres.

Tableau XII. **Impact de la participation à l'ANOPHELE sur un plan professionnel**

Impact de la mission	Causes de l'impact de la mission	Causes de l'absence d'impact
<i>Sur le choix d'activité professionnelle</i>	- Importance des activités de prévention en médecine générale - Importance du social en médecine générale ou en médecine hospitalière publique - Diversité de la médecine générale en ce qui concerne les pathologies - Intérêt pour la médecine humanitaire - Intérêt de la santé publique	- Choix antérieur au départ au Mali - Choix d'une spécialité avec aspect « technique » important
<i>Sur la pratique médicale</i>	- Importance de l'examen clinique, et de la prescription raisonnée d'examens complémentaires - Approche de l'importance du coût de la pratique médicale (Economie de la santé) - Prescription en génériques - Première approche de l'importance de l'éducation en santé - Respect de certaines croyances et pratiques culturelles - Apprentissage de la médecine tropicale, conseils aux voyageurs (notamment pour le paludisme)	- Différence importante entre la médecine pratiquée dans un centre de santé au Mali et celle en France en termes d'accès à la santé, d'accès aux traitements, aux examens complémentaires, aux spécialistes - Départ en 2^{ème} ou 3^{ème} année un peu tôt par rapport aux connaissances médicales

<i>Sur l'orientation vers la médecine humanitaire</i>	- Première approche donnée par l'expérience de l'association - Projet futur encore vague pour beaucoup	- Vie de famille en France - Contraintes professionnelles
<i>Sur l'acquisition de compétences dans le domaine de l'humanitaire</i>	- Méthodes de travail : élaboration et présentation d'un projet, recherche de financement, travail en équipe, partenariat Nord-Sud, adaptation du projet selon les réalités rencontrées - Environnement : découverte d'un PEVD, de son système de santé, travail avec population locale et personnel de santé - Apprentissage de la santé publique	- Nécessité d'expériences complémentaires et plus approfondies - Implication différente en fonction des membres de chaque équipe - Gestion de certains aspects de la mission par l'ONG partenaire sur place (Rhodar)

V.3.2. B. Au niveau personnel

Tableau XIII. Impact de la participation à l'ANOPHELE sur un plan personnel

Impact de la mission	Causes de l'impact de la mission	Causes de l'absence d'impact
<i>Sur le développement personnel</i>	- Développement de capacités d'adaptation selon les contraintes matérielles, et climatiques rencontrées - Développement de l'intérêt collectif	
<i>Au niveau socioculturel</i>	- Découverte d'un mode de vie différent et partages d'expériences - Acquisition d'une plus grande tolérance envers des cultures différentes	
<i>Sur l'implication dans les échanges Nord - Sud</i>	- Soutien et adhésion à des associations d'aide au développement - Suivi actualités (Co-développement, immigration, échanges commerciaux)	
<i>Sur les liens actuels avec l'association</i>	- Création de liens forts entre les membres d'une même mission	- Renouvellement de l'association - Eloignement géographique

V.4. Analyse et discussion

Cette enquête montre de façon indéniable que le fait de participer à une action humanitaire en tant qu'étudiant en médecine a un impact sur le futur médecin en tant que professionnel de santé et en tant qu'individu.

V.4.1. Au niveau professionnel

L'étude réalisée montre qu'il existe un réel retentissement sur la **pratique médicale**, en particulier en ce qui concerne les activités d'**Education** et de **Promotion de la santé**. Cet aspect est particulièrement intéressant car la prévention est peu abordée au cours des études de médecine dans les cours théoriques et encore moins dans la formation médicale pratique, réalisée principalement à l'hôpital, et axée en grande partie sur le curatif, alors que la promotion et l'éducation de la santé représentent une partie de plus en plus importante de l'activité du médecin généraliste. Il est en effet nécessaire d'intégrer les notions d'éducation dans la formation des médecins généralistes, ces derniers étant les premiers acteurs sur le terrain, étant en lien direct avec les patients et étant ainsi les mieux placés pour pouvoir développer les notions de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique du patient, dans le suivi des maladies chroniques notamment. Par conséquent, avoir l'opportunité de développer ce concept au cours de ses études, par la réalisation de séances d'éducation en santé, est un réel atout.

En ce qui concerne la **clinique** et les **prescriptions**, les réponses des anciens membres de l'association ont été plus partagées, en raison de la différence entre la médecine telle qu'elle est pratiquée en France et celle qui est exercée dans un centre de santé communautaire au Mali. Cependant, il ressort que le fait d'avoir réalisé des soins dans des conditions matérielles restreintes permet de développer l'importance du sens clinique et de prescrire de manière plus raisonnée les examens complémentaires. La variabilité des réponses à cette question vient peut être également du fait que la mission étant réalisée en 2^{ème} ou 3^{ème} année de médecine, les connaissances médicales sont relativement insuffisantes à ce stade pour avoir un réel retentissement sur les prescriptions plusieurs années plus tard.

Plusieurs personnes interrogées ont insisté sur l'apprentissage positif en termes d'**Economie de santé** (en tenant compte bien entendu des différences de moyens existants

entre pays industrialisés et pays en développement) : prescriptions de génériques, prescriptions raisonnées des investigations complémentaires, référence à un spécialiste.

Il apparaît également une plus grande facilité à répondre aux questions des patients consultant pour des **conseils aux voyageurs**, motif de consultation de plus en plus fréquent à l'heure actuelle, et à gérer d'éventuelles **pathologies tropicales** de retour de voyage.

En termes de retentissement sur le **choix professionnel**, les réponses ont été assez partagées. On peut dire globalement que le choix a été peu influencé par la mission. Cependant, un certain nombre de personnes interrogées (notamment les personnes s'étant orientées vers la médecine générale) mettent en avant le renforcement de leur choix grâce à la mission, par le côté social, l'importance du rôle préventif et la possibilité de participer à d'autres actions humanitaires.

En ce qui concerne la réalisation de **stages à l'étranger** au cours des stages d'externes, suite au départ au Mali, le pourcentage est élevé : environ 75 % des anciens membres. Le lieu de destination choisi est pour 66 % un pays en développement, dont les deux tiers en Afrique, et en particulier au Mali. La mission a donc permis de sensibiliser les étudiants au départ à l'étranger et a créé un terrain favorable pour un nouveau départ. En comparaison, le pourcentage d'étudiants au niveau de la faculté de médecine de Nantes est d'environ 30 % sur l'ensemble des trois années d'externat. La réalisation de stages à l'étranger constitue un réel atout pour les étudiants, tout d'abord au niveau médical par l'approche d'un système de santé différent, et également sur le plan personnel. Ce chiffre élevé de départ en stage à l'étranger chez les anciens membres de l'association est difficile à interpréter car il peut être lié à un impact de leur participation au projet au Mali mais plus certainement à une motivation préalable pour les départs à l'étranger.

A propos de l'orientation vers la **médecine humanitaire**, la plupart des étudiants n'ont pas encore de projet concret mais manifestent un désir pour les années à venir de participer à un nouveau projet. Il est certainement prématuré d'évaluer cet impact, les personnes interrogées terminant juste leurs études. Cependant, parmi les anciens membres des premières missions, certains ont déjà eu l'occasion de s'engager dans des projets (mission courte par détachement d'un poste hospitalier d'urgentiste par le biais du Samu Social International, ou missions plus longues de développement par engagement professionnel au sein d'Handicap International).

En ce qui concerne l'apprentissage de capacités à mettre en place une **action humanitaire**, la participation à l'association constitue une première approche qui a l'avantage de sensibiliser les jeunes à l'action humanitaire et associative. Tout d'abord, elle permet d'établir des liens entre membres de l'association, et différents partenaires et représentants du monde associatif. Ensuite, elle permet d'appréhender des méthodes de travail (rédaction du dossier de présentation de l'association, du compte rendu de mission, réflexion tout au long de l'année autour de l'évolution de l'action). De plus, le fait de travailler en collaboration avec une association malienne est une véritable approche du partenariat Nord-Sud. Nous pouvons à ce titre citer le guide de Coordination Sud sur le partenariat⁴⁸, qui définit des outils pratiques à l'usage des partenaires du Nord et du Sud.

Ce projet a permis également de découvrir un nouvel **environnement** et de s'intéresser aux **problématiques des pays en voie de développement**. Le fait de partir au Mali a incité les étudiants à se renseigner sur le **système de santé**, et à en découvrir les réalités une fois sur place. Cependant, la durée de la mission s'avère être trop courte pour permettre une immersion réelle dans le système en place. Toutefois, plusieurs des personnes interrogées pensent que le fait d'avoir participé à ce type d'action leur permettrait une **meilleure adaptation** à l'environnement et une meilleure insertion auprès de la population et des professionnels de santé, s'ils devaient être amenés à participer à un autre projet dans un pays en développement, en Afrique notamment. Un autre point qui a été noté, est le fait d'avoir appris à adapter le déroulement du projet selon les réalités rencontrées. Ces deux derniers aspects sont très importants, puisque selon l'ONG Médecins Sans Frontières⁴⁹, les difficultés principales rencontrées lors des premiers départs en mission humanitaire sont la capacité à remettre en cause ses conceptions initiales face au projet initial une fois sur place et les difficultés à se faire accepter par la population locale et le personnel de santé.

En ce qui concerne la **santé publique**, c'est une discipline difficile à appréhender en France pour des étudiants de 3^{ème} année (année où elle est étudiée à la Faculté). Par conséquent, partir dans un pays en développement est l'occasion de prendre conscience de l'importance de la gestion des problèmes de santé à l'échelle de la collectivité et, ainsi, de découvrir l'intérêt de la santé publique.

⁴⁸ Pajot Clémence. *Guide partenariat*. Coordination Sud, juin 2006.

⁴⁹ Blasco P., Gagnayre R. *Opinion de volontaires sur leur première mission humanitaire*. Santé publique, 2002.

V.4.1. B. Au niveau personnel

En dehors de l'impact professionnel, la participation à ce projet constitue une expérience très riche sur le plan personnel et humain.

Tout d'abord, la plupart des étudiants interrogés reconnaissent avoir acquis une certaine maturité au cours de la mission et s'être développés sur le plan personnel par le fait d'avoir vécu dans des conditions de vie différentes, avec des ressources matérielles restreintes. Le fait de partager en groupe le quotidien, de rencontrer une autre culture et de réaliser un échange d'expériences est également un élément très important dans le développement personnel acquis au cours de la mission.

Suite à la richesse de l'expérience vécue, des liens forts ont été tissés entre les membres d'une même mission et, ainsi, aujourd'hui, la plupart des personnes parties gardent des liens très proches avec certains membres de leurs missions. En ce qui concerne les liens avec l'association, beaucoup de personnes se sont éloignées, certaines essaient cependant de suivre le devenir de l'association, de plus ou moins près (participation au diaporama lors des retours de mission).

Chapitre VI

Principes de la coopération avec le Mali dans le domaine de la santé

VI.1. Généralités

Avant notre conclusion, l'objet de ce chapitre est de rappeler les différentes actions de la Communauté Internationale en ce qui concerne la coopération avec les pays en développement, et plus précisément au Mali, dans le domaine de la santé notamment.

Il est important de pouvoir situer l'action des différents partenaires, intervenant au Mali, dans le but de comprendre qu'une action de santé n'est pas une action isolée, mais s'intègre à la fois dans le système de santé et la politique du pays dans lequel elle intervient, et également dans un système international où de multiples actions sont menées par différents organismes de coopération.

Il existe dans les pays en développement, trois groupes d'intervenants⁵⁰ : les organismes internationaux, les politiques bilatérales d'aide au développement et enfin les associations humanitaires.

VI.1.1. Les organismes internationaux

Les organismes internationaux qui interviennent dans le secteur du développement et de la santé en particulier sont de deux familles : les généralistes et les spécialistes.

❖ Les organismes généralistes

Les organismes internationaux généralistes ont les capacités financières les plus importantes, ainsi qu'un potentiel d'influence qui en découle. Il s'agit de grandes institutions dont la santé n'est qu'un des axes d'action. Nous pouvons ainsi citer la Banque africaine de développement (BAD), la Banque mondiale (BM) et l'Union Européenne.

La Banque africaine de développement finance des projets pour l'amélioration de la santé en considérant de façon croissante l'impact de ses apports sur les systèmes socio-économiques.

⁵⁰ Gobbers D. *La coopération en santé dans les pays africains*. ADSP, sept 2004, n° 48.

La Banque mondiale est un poids lourd des projets «santé», non seulement par l'importance des financements qu'elle alloue au secteur mais surtout par le caractère normatif des projets qu'elle impulse. La Stratégie d'Aide Pays (SAP) de la Banque mondiale adoptée en juillet 2003 met l'accent sur les trois grands axes proposés dans le document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la pauvreté du Mali (CSCR) : gestion des finances publiques et gouvernance, promotion de la croissance économique, développement des ressources humaines et accès aux services sociaux de base.

L'Union Européenne est aujourd'hui l'acteur le plus déterminant sur le continent africain pour l'aide au développement en général et de la santé en particulier, car outre le gros volume financier d'intervention, les positions de l'Union Européenne « s'imposent » aux États membres tout comme les positions du Fonds monétaire international (FMI) contraignent l'Union Européenne.

En 2004, l'Union Européenne a versé au Mali 113 M\$, et la Banque Mondiale 106M\$⁵¹.

❖ Les organismes spécialistes

La famille des organismes internationaux spécialistes comporte de nombreuses branches. Nous pouvons tout d'abord citer les institutions du système des Nations unies, puis les organisations dédiées à des pathologies, les structures régionales et enfin les fondations de solidarité.

➤ **Les Institutions du système des Nations unies :**

- l'OMS, qui base sa stratégie de coopération⁵² avec le Mali sur l'élimination et l'éradication de maladies prioritaires (38% du budget), et qui s'étend également à des domaines moins médicaux tels que l'organisation et le financement des systèmes sanitaires (17 % du budget total de l'OMS au Mali). Les axes proposés par l'OMS au Mali sont : la

⁵¹ Ministère des Affaires étrangères français. *Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010)*.

⁵² OMS. *Stratégie de Coopération avec la République du Mali 2003-2007*.

lutte contre la maladie, la santé de la femme et de l'enfant; la promotion de la santé, l'environnement et les urgences ; et l'organisation du système de santé.

- l'Unicef, qui en partant de la santé de l'enfant, d'abord jeune puis grandissant, en vient à couvrir celle de la mère puis de toute la population d'abord en milieu rural et de plus en plus en ville.

➤ **Les organisations dédiées à des pathologies :**

Souvent initiées par des institutions bi ou multilatérales, les organisations dédiées à des pathologies sont nombreuses et la qualité de leur action est manifeste, même si elles sont régulièrement confrontées à des difficultés techniques et financières.

Il s'agit par exemple :

- du programme de lutte contre la lèpre supporté par la Fondation Raoult Follereau ;
- de l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique de Bamako (IOTA), structure de dépistage, de traitement et de recherche sur les affections cécitantes ;
- de l'ONUSIDA (regroupant six agences des Nations unies) qui soutient les différents aspects de la lutte contre le VIH-sida et surtout fédère les efforts de la communauté internationale ;
- du programme de lutte contre l'Onchocercose (APOC), qui associe divers partenaires : la France (avec l'Institut de Recherche pour le développement – IRD -, la Banque mondiale, l'OMS.

➤ **Les structures régionales**

Leur rayonnement et influence varient d'une sous-région à l'autre, ces structures sont plus ou moins fragiles du fait, notamment, de leurs besoins de financement.

Nous pouvons citer :

- l'Organisation de coordination contre les grandes endémies (OCCGE) devenue Organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS) partenaire avec l'OMS ;
- les Instituts Pasteur, laboratoires de référence, de recherche et de réponse à diverses situations épidémiques.

➤ **Les fondations de solidarité**

Elles sont également très nombreuses, de tailles différentes et d'origines variées, aux buts très divers. Nous pouvons évoquer :

- Save the Children, tournée vers les questions de l'enfance avec un regard appuyé vers les plus démunis ;
- Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), fondé en 2000 sur l'initiative de Bill Gates (Microsoft) qui contribue au financement mais également à la définition des politiques vaccinales.

VI.1.2. Les politiques bilatérales d'aide au développement

Les politiques bilatérales, bien que plus modestes en termes financiers que celles des institutions internationales, demeurent importantes malgré la tendance au multilatéralisme observable dans chacun des pays. Elles sont mises en œuvre par deux catégories de pays : ceux qui ont un passé colonial et les autres.

❖ **L'action des pays sans passé colonial en Afrique**

Dans le domaine de la santé, les relations bilatérales sont assurées au Mali par :

- *les pays occidentaux*, soit européens (la Suisse, la Norvège, la Suède...), soit d'autres continents (États-Unis d'Amérique, Canada...) de gouvernement à gouvernement souvent via des agences de coopération ou par des relations spécifiques d'acteurs variés comme les hôpitaux ou les universités ; ils concentrent leur action sur le

développement humain durable et le renforcement de l'accès aux services sociaux de base (axe 2 du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté) ;

- *les autres pays d'autres continents* (Cuba, Chine, Japon) qui fonctionnent de la même façon que les pays occidentaux ; nous pouvons noter que les pays de l'ex-Union soviétique et les pays du bloc communiste, qui ont eu un rôle important jusqu'à la fin des années quatre-vingt, ne sont pratiquement plus présents en Afrique au niveau de la coopération en santé ;
- *les pays africains avec la coopération Sud-Sud*, spécifique au continent africain, qui s'observe dans quelques pays, comme l'Égypte, le Maroc, la Libye. Cette coopération devrait prendre plus d'ampleur avec la montée en puissance de l'Union africaine et du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD).

❖ **L'action des ex-puissances coloniales**

La coopération des pays qui ont un passé colonial s'exprime en premier lieu dans leur ancienne zone d'influence : la Belgique avec l'ex-Zaïre, l'Angleterre au Kenya, le Portugal au Mozambique, etc., mais également de plus en plus au-delà : la France au Liberia, en Afrique du Sud, l'Allemagne et l'Italie au Congo ou à Djibouti...

Quelles que soient les caractéristiques historiques de leurs relations avec les pays africains, les coopérations bilatérales sont présentes essentiellement dans le champ des soins de santé primaire et dans la lutte contre le sida.

Cependant longtemps présentes uniquement sur le terrain opérationnel des soins et plus particulièrement en milieu rural, certaines coopérations bilatérales, française notamment mais également allemande ou belge, s'insèrent dorénavant dans les projets structurant les niveaux régionaux et centraux des ministères de la Santé y compris sur des thèmes de souveraineté comme la définition des politiques des ressources humaines ou de la maintenance des équipements biomédicaux.

Nous détaillerons le fonctionnement de la coopération française dans le chapitre V.2.

VI.1. 3. Les associations humanitaires

Elles sont numériquement les plus importantes. On différencie trois groupes principaux : les internationales professionnalisées, les nationales polyvalentes, les caritatives.

❖ Les associations internationales professionnalisées

Il s'agit d'organisations non gouvernementales (ONG).

Nous ne dresserons pas une liste exhaustive, mais nous pouvons citer certaines organisations particulièrement reconnues comme le Comité international de la Croix Rouge (CICR), ou des organisations comme Médecins et Pharmaciens sans frontières, Médecins du monde, Handicap international, etc. Leur action, spécifique au secteur de la santé et à ses cofacteurs, démarre souvent dans les situations d'urgence pour se poursuivre dans la logique du développement.

D'autres associations représentent des branches particulières de l'activité de sociétés ou de groupes professionnels appartenant au secteur de la santé, comme par exemple l'association pour la médecine préventive, du laboratoire pharmaceutique Mérieux.

D'autres encore sont indépendantes de la santé, mais mènent des actions spécifiques dans un domaine particulier. Il s'agit par exemple des clubs de services comme le Rotary ou le Lyon's club.

Au Mali, les multiples ONG nationales et associations ont organisé leur coordination à travers le **Groupe Pivot Santé**. Sa mission est de contribuer au renforcement et à la professionnalisation des ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé et de la population afin d'influencer les politiques et le développement durable.

❖ Les associations nationales polyvalentes

Ce sont les plus importantes en termes de nombre. Il s'agit d'associations créées par un ou plusieurs particuliers, dans le souhait d'agir à sa propre échelle pour une action donnée et concrète. Il s'agit donc d'une coopération directe de l'association vers les bénéficiaires.

Ces associations ont leur origine soit dans les pays développés, soit dans les PED.

C'est à ce niveau que se situent les associations comme l'association ANOPHELE.

❖ Les associations caritatives

Elles sont un peu moins nombreuses, et sont souvent d'inspiration religieuse et majoritairement chrétienne. Elles inscrivent la plupart du temps leur action dans la durée et s'intéressent prioritairement aux populations fragiles et aux exclus.

Nous pouvons citer par exemple : le Secours catholique, l'Ordre de Malte, Emmaüs, Action internationale contre la faim, le Comité catholique contre la faim et pour le développement.

VI.2. La coopération franco-malienne

VI.2. 1.Stratégie adoptée par la coopération française

De manière générale, la politique française en matière de coopération cherche à développer dans les pays les plus pauvres une stratégie de lutte contre la pauvreté, de réduction des inégalités et de promotion des valeurs de solidarité qui se décline en trois éléments :

- Sida et maladies transmissibles : près d'un quart des financements dans le domaine de la santé est concentré sur ce thème, représentant un effort annuel moyen de 15 millions d'euros. La mobilisation contre le sida s'inscrit dans un programme plus large de lutte contre les maladies transmissibles comprenant la tuberculose et le paludisme, ainsi que les maladies cécitantes, la trypanosomiase et les épidémies ;
- Renforcement des systèmes de santé : politiques nationales de santé publique (réforme institutionnelle, planification stratégique, continuum et qualité des soins,

évaluation...), organisation de l'offre de santé (ciblée sur le district et autour de la notion de filière de santé allant du dispensaire au centre hospitalier), développement des ressources humaines (gestion et formation des différentes professions de santé), et politique du médicament (amélioration de l'accessibilité et de l'usage des médicaments génériques et essentiels) ;

- Financement de la santé : les programmes de coopération ambitionnent d'assurer la viabilité de ces systèmes par la recherche d'un équilibre entre l'aide extérieure, les budgets nationaux, la participation des populations et la mise en place de mécanismes de solidarité.

Au niveau de la coopération avec le Mali, la France a adopté en 2006 un document Cadre de Partenariat⁵³, qui base sa stratégie d'action (cf. annexe n°13) sur celle du Mali et sur les orientations majeures du développement, à savoir les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

Il est précisé dans ce document que la coopération franco-malienne des cinq prochaines années s'intéressera particulièrement à la région de Kayes et aux régions du Nord, et répondra à cinq objectifs principaux :

- contribuer à la lutte contre la pauvreté et à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement ;
- faciliter le développement économique ;
- améliorer la maîtrise de la langue française ;
- consolider la gouvernance ;
- soutenir l'intégration régionale.

Les secteurs principaux d'intervention de la coopération française tels qu'ils ont été présenté dans le document Cadre sont l'éducation et la formation, l'eau et l'assainissement et l'appui aux secteurs productifs.

⁵³ Ministère des Affaires étrangères français. *Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010)*.

En ce qui concerne le domaine de la santé, les actions dans ce secteur s'inscriront principalement dans un cadre régional : appui au processus d'intégration des politiques de santé au niveau des organismes régionaux tels que l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) pour les ressources humaines et la formation des personnels médicaux et l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA) pour la politique de promotion du médicament, le financement de la santé, l'information sanitaire et scientifique, la lutte contre les épidémies dont le VIH-SIDA. La France poursuivra son intervention dans la lutte contre le SIDA par ses importantes contributions multilatérales (Fonds mondial, ONUSIDA) et également en bilatéral par l'intermédiaire du groupe ESTHER (programme de l'Union Européenne pour la lutte contre le SIDA), du partenariat public-privé (fondations GSK, Pierre Fabre, Charles Merieux) et de son expertise technique. L'enseignement supérieur et la recherche resteront au cœur de la coopération française, notamment à travers les coopérations décentralisées et les accords interuniversitaires pour aider le développement de centres de recherche d'excellence sur les pathologies touchant la région (paludisme, drépanocytose, fièvres hémorragiques, etc.) ainsi que la formation des enseignants et spécialistes médicaux. Au niveau national, il est proposé un projet de santé publique dans la région de Mopti porté par l'AFD et la coopération belge pour une durée de cinq ans. Le Programme Concerté Santé Mali (PCSM), outil de financement au Mali de projets socio-sanitaires, portés par des ONG et collectivités territoriales françaises et maliennes sera poursuivi.

La France poursuivra également son soutien à la réforme de l'Etat malien et à la modernisation de son administration dans le cadre du programme gouvernemental de développement institutionnel, visera au renforcement des capacités des acteurs de la décentralisation et soutiendra le financement d'investissements des collectivités locales

Ainsi, la France demeure un partenaire majeur pour le développement du Mali. En 2004⁵⁴, elle a donné 100 M\$ pour l'aide publique au développement, et arrive ainsi en deuxième position, après la Commission Européenne et la Banque Mondiale, et devant les Pays Bas et les USA (avec respectivement 53M\$ et 51M\$). La coopération française agit à la fois par une coopération bilatérale directement avec le Mali, mais passe également par le canal des organisations multilatérales. C'est ainsi que la contribution française au 9ème Fonds Européen de Développement était de 24,5%, et que la France est l'un des plus importants

⁵⁴ Ministère des Affaires étrangères français. *Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010)*.

contributeurs d'organismes ou de fonds onusiens tels que le Fonds mondial pour la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme et le Fonds mondial pour l'Environnement.

La coopération française s'exprime également via les nombreuses coopérations décentralisées et par l'appui aux organisations non gouvernementales. Nous avons choisi dans le chapitre suivant de nous intéresser plus particulièrement à la coopération décentralisée.

VI.2. 2. Présentation de la coopération décentralisée avec le Mali

Il s'agit de l'action des collectivités territoriales, réunies par l'intermédiaire du réseau de regroupement des diverses collectivités territoriales engagées dans la coopération internationale par l'intermédiaire de Cités Unies France.

Nous nous appuierons sur l'évaluation de la coopération décentralisée réalisée par le ministère des affaires étrangères en 2003⁵⁵, pour situer les principes de fonctionnement de la coopération décentralisée de la France avec le Mali.

La coopération décentralisée franco malienne est l'une des plus actives de l'Afrique de l'Ouest. On peut estimer entre 100 et 150 le nombre de coopérations conduites ou appuyées par les collectivités françaises, dont la moitié environ est active. Elles ont pour la plupart une histoire au moins décennale. Nous pouvons citer par exemple la coopération entre Bamako et Angers, Ségou et Angoulême, Koutiala et Alençon, Sikasso et Brive la Gaillarde, Kati et Saint Sébastien sur Loire, Bandiagara et Rennes, etc.

Deux grandes approches de la coopération décentralisée sont partagées. La première approche vise à multiplier les échanges entre les personnes physiques et morales des deux collectivités partenaires. La seconde approche s'attache à réaliser des actions ayant pour objet l'amélioration des conditions de vie des habitants, de la collectivité territoriale partenaire, et à mettre en œuvre des moyens pour soutenir le développement et renforcer les institutions locales.

⁵⁵ Ministère des Affaires étrangères français. *Evaluation de la coopération décentralisée franco malienne*, février 2003.

Parmi les acteurs français, on compte les collectivités territoriales, les comités de jumelage et les associations de solidarité, des acteurs non spécialisés dans la coopération (établissements de santé, centres sociaux, troupes de théâtre, associations d'architectes, services d'enlèvement des ordures ménagères, etc.), les organismes de financement public nationaux et multilatéraux, la coopération bilatérale française par les cofinancements qu'elle apporte.

Les acteurs maliens sont tout aussi variés : collectivités locales, comités de jumelage, autorités administratives, État malien, programmes de développement et les ONG.

Les domaines principaux développés sont en lien avec la santé, l'éducation, l'hydraulique, l'assainissement, mais aussi l'art et la culture, ou la jeunesse (chantiers de jeunes, voyages découvertes pour les jeunes souvent de quartiers défavorisés).

L'évaluation réalisée par le ministère des affaires étrangères français a montré que du côté malien, les perceptions et les attentes concernent principalement :

- les échanges humains multiformes ;
- les financements pour réaliser des équipements et répondre aux attentes des habitants ;
- les échanges et les appuis institutionnels en termes d'organisation, de définition et de mise en œuvre d'une politique municipale, de mode de relations avec les services déconcentrés de l'État, de multiplication des échanges et d'une ouverture sur l'extérieur pour comprendre les évolutions qui les touchent...

Il y est fait part qu'une attention particulière doit être portée afin d'éviter l'envoi de colis ou de containers, comportant du matériel qui ne serait pas utilisable sur place.

Du point de vue des collectivités françaises, deux conditions nécessaires à leur engagement auprès de leur partenaire malien ont été dégagées. Il s'agit de la participation des habitants à la définition des actions, et de la transparence dans l'affectation des financements et l'exécution des dépenses.

Parmi les objectifs à développer, le rapport du ministère des affaires étrangères a mis en avant les éléments suivants :

- information/animation en France sur les dispositifs maliens d'appui aux collectivités locales ;

- renforcement institutionnel des collectivités maliennes pour qu'elles définissent leur stratégie d'actions, assument pleinement leur fonction de maîtres d'ouvrage, disposent de personnels compétents ;

- organisation d'espaces de débats et de concertation nationale et territoriale,

- articulation coopération décentralisée/coopération bilatérale (et multilatérale) ;

- appui à la déconcentration de l'État malien par la coopération bilatérale et au renforcement de la décentralisation, dans sa construction locale, par les collectivités territoriales françaises.

- appui financier de la coopération bilatérale aux investissements locaux dans le cadre de fonds d'investissements territoriaux.

CONCLUSION

En tant qu'association étudiante, l'ANOPHELE a su s'adapter d'année en année aux contraintes liées au renouvellement de ses participants (avancée dans les études de médecine, et préparation au concours de l'internat notamment), et mettre en place un réel projet de développement avec son partenaire local le RHODAR.

Les actions menées s'inscrivent au niveau des objectifs nationaux du Mali (programme de développement sanitaire et social), et rejoignent également des objectifs plus généraux, tels que ceux présentés à travers la Charte d'Ottawa, ou les Objectifs du Millénaire pour le Développement, signés par 191 Etats membres de l'ONU.

D'un point de vue concret, nous avons pu voir grâce à l'évaluation réalisée dans la commune du Bourra que l'ANOPHELE en partenariat avec le RHODAR a participé à la mise en place d'un centre de santé communautaire (CSCOM) au niveau du village de Tassiga, et poursuit son action dans le domaine de la promotion de la santé dans la commune. Le CSCOM étant fonctionnel depuis 2002, nous avons cherché à savoir si l'association avait toujours sa place en tant que partenaire extérieur. Comme nous avons pu le montrer, il est encore prématuré d'imaginer que le CSCOM de Tassiga soit viable de manière autonome pour le moment. L'appui des associations est donc toujours d'actualité dans le but de poursuivre les activités de sensibilisation de la population à sa santé et afin de l'inciter à consulter au CSCOM en cas de nécessité (survenue d'une pathologie curative, mais également dans le cadre des consultations préventives maternelles et infantiles). Par ailleurs, l'Etat malien a mis en place l'an passé un autre centre de santé dans un village voisin (Kounsoum), et plusieurs projets de CSCOM sont en cours dans la commune du Bourra. Les associations étudiantes françaises et maliennes ont donc toujours un appui à apporter au niveau de cette région du Mali.

En dehors du projet en lui-même, l'investissement au niveau de l'association ANOPHELE constitue pour une grande majorité des anciens membres, une expérience très riche, tant sur le plan professionnel que personnel, et le point de départ de d'autres projets en terme d'engagement humanitaire pour certains.

La question de l'action humanitaire a été largement débattue ces dernières années. Il en ressort que pour avoir des conséquences sur le long terme, les projets doivent être élaborés en commun avec les destinataires, et surtout ne pas être imposés par les occidentaux. Les partenariats entre associations du Nord et du Sud trouvent donc toute leur place dans l'aide au développement. Les projets sont actuellement multiples, comme nous l'avons vu avec l'enquête réalisée au niveau des facultés de médecine françaises, mais souvent ponctuels. Le Mali quant à lui, en raison de la faiblesse de multiples indicateurs socioéconomiques et sanitaires, mais également d'une volonté politique nationale de développement marquée, est la cible de multiples investissements par la communauté internationale, et par la coopération française en particulier. La nécessité de coordonner les actions est donc indispensable. Les associations locales bénéficient en général d'une bonne connaissance du terrain, mais les contraintes financières apparaissent souvent comme facteur limitant. Les projets menés à plus grande échelle par les ONG reconnues ou par les organismes internationaux ont souvent des budgets conséquents mais les investissements ne sont pas toujours concordants avec les besoins sur place. C'est donc par une meilleure communication entre les différents partenaires au développement et les représentants locaux que des pays comme le Mali, pourront petit à petit progresser, et se rapprocher ainsi des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Bibliographie

Revues, Ouvrages, Communications

Audibert M., De Roodenbeke E., Pavy-Letourmy A., Mathonnat J. *Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ?* Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud, CERDI, Lyon 3 décembre 2004.

Balique H., Ouattara O., Ag Iknane. A. *Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali.* Santé publique, 2001, 13, n°1, p. 35-48.

Balique H. *De la santé primaire à une offre de soins de qualité en Afrique.* ADSP, mars 2000, n°30.

Baudon D. *Enjeux et défis de l'humanitaire au XXI siècle.* Médecine tropicale, 2002, 62, n°4, p.463-464.

Baumann M. *Santé communautaire et action humanitaire - le diagnostic de santé d'une population.* Ecole de santé publique de la faculté de médecine de Nancy et Médecins du Monde, février 2001.

Biberson P. *Le désert sanitaire. Utopies sanitaires.* Direction R. Brauman. MSF, 2000.

Blasco P., Gagnayre R. *Opinions de volontaires sur leur première mission humanitaire.* Santé publique, 2002, 14, n° 3, p. 289-299.

Brauman R. *Utopies sanitaires.* MSF. Ed Le pommier, 2000.

Briançon S. *Cours de DU en Santé publique Concepts et savoirs de base.* Ecole de Santé publique De Nancy, 2006.

Cao M., Baumann M., Guillemin F, Deschamps J.P. *Hygiène de l'eau : apports d'une étude CAPC dans un diagnostic d'éducation pour la santé au Sahel.* Santé Publique, 1996, 8, n°2, p. 117-123.

Crochet S. *Le péril fécal. Utopies sanitaires.* Direction R. Brauman. MSF, 2000.

Crochet S. *Cet obscur objet du désir. Utopies sanitaires.* Direction R. Brauman. MSF, 2000.

Deccache A. *Éducation pour la santé : reconnaître les " nouveaux rôles " des médecins et pharmaciens*. La Santé de l'Homme, mars - avril 2005, n°376.

Deccache A., Laperche J. *Se soigner sans médecins ? Education du patient et démographie médicale*. La revue du praticien, médecine générale, 15, n°553, p.1945-1948.

Deschamps J.P. *Les enjeux de santé publique dans les pays en développement*. Médecine Sciences, 2000, 16, n°11, p.1211-7.

Damour C., Gagnayre. *Missions de formation au Cambodge : impact sur les médecins anesthésistes-réanimateurs ayant assuré ces missions*. Ann Fr Anesth Reanim, 1999, n°18, p. 657-62.

Diedhiou A., Ndiaye P., Sourang A., Ba A., Diallo I. *Participation communautaire et promotion de la santé: l'expérience des comités d'hygiène et de salubrité du district de Touba (Sénégal)*. Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones/Santé, 2006, n°16, p.43-47.

Giraud N. *L'apport de l'expérience humanitaire sur l'infirmière et sa pratique*. Mémoire Diplôme d'Etat d'Infirmière. IFSI la Tronche, CHU Grenoble, octobre 2003.

Gobbers D. *La coopération en santé dans les pays africains*. ADSP, sept 2004, n° 48.

Gobbers D. *L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. ADSP, mars 2002, n°38, p.71-8.

Godin G. *Le changement des comportements de santé*. Traité de psychologie de la santé. Dunod, Paris, 2002, p. 375-88.

Gueneau M.C., Lecomte B.J. *Sahel : les paysans dans les marigots de l'aide*. Ed. L'Harmattan, 1998.

Jarassier S. *L'organisation de l'aide odontologique dans les pays en développement*. Thèse : Doctorat Odontologie : Nantes : 2006.

Marx N. *Europe-Mali : les ONG de développement, nouveaux acteurs de la question migratoire*. Mémoire de recherche : Masters de sciences politiques, spécialités études africaines : Paris I Panthéon Sorbonne : 2006-2007.

Mercier M. *Approche politico-sociale, psychosociale et communicationnelle de la promotion de la santé*. Santé Publique, 2003, 15, n°3, p.303-307.

Monnier J. et al. *Santé publique. Santé de la communauté*. Simep, 1980.

Niangaly A., Kanté N., Soumare N'Diaye A. *Qualité des soins dans les centres de santé communautaire de la région de Koulikoro (République du Mali)*. Médecine d'Afrique Noire, 2001, n° 48, p.7.

Rathouis Maïga H. *Echanges Nord-Sud, impact de la participation à un projet associatif humanitaire en tant qu'étudiants en médecine*. Mémoire de DU en Santé publique et Promotion de la santé Option Pays en Développement : Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de Médecine - Ecole de Santé Publique : 2006.

Ridde V. *Entre efficacité et équité, qu'en est-il de l'Initiative de Bamako ? Une revue des expériences Ouest-Africaine*. Communication réalisée aux XXVIèmes Journées des Économistes Français de la Santé "SANTE ET DEVELOPPEMENT" Clermont-Ferrand, CERDI, 9 - 10 janvier 2003.

Van de Velde F. *Y-a-t-il une place en Afrique pour des projets humanitaires indépendants ? Analyse des difficultés rencontrées par un projet de solidarité médicale dans une région rurale du Burkina Faso*. Thèse : Doctorat Médecine : Saint Etienne, Faculté de médecine Jacques Lisfranc : 2007.

Zerrouki A, Gagnayre R, Biberson P. *Formation des personnels de santé dans le cadre des actions humanitaires : expérience d'une organisation non gouvernementale*. Santé Publique, 2000, n° 12, p. 355-362.

Rapports et documents

ANDEM/ Service formation. *Evaluation d'une action de santé publique : recommandations*. Octobre 1995.

Banque Mondiale, Région Afrique. *La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali : Analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté au Mali*. Septembre 2004.

Banque Mondiale, Région Afrique. Audibert M., De Roodenbeke E. *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : analyse de situation et perspectives*. Avril 2005.

Banque Mondiale. Ridde V. *L'Initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé*. 2004.

Commission Européenne. *Profil environnemental du Mali*. Mars 2006.

Coordination Sud. Pajot Clémence. *Etat des lieux sur la pratique des organisations de solidarité internationales françaises en matière de Partenariat*. Juillet 2006.

Coordination Sud. Pajot Clémence. *Guide Partenariat*. Juin 2006.

Handicap International. Cote Alexandre & Ziegler Stéphanie. *Le partenariat - Comprendre le partenariat pour mieux construire nos collaborations*. Novembre 2002.

Haut Conseil de la Coopération Internationale. *La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement*. Juin 2002.

Medicus Mundi International (MMI). Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). *Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au sein du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG*. 2003.

Ministère des affaires étrangères français. *Evaluation de la coopération décentralisée franco malienne*. Février 2003.

Ministère des affaires étrangères français. *Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010)*. 2006.

O.M.S. *La formation supérieure en Santé Publique*. Genève, 1973.

OMS. *Collaboration avec les organisations non gouvernementales*. Décembre 1997.

OMS. *Profil national du Mali sur le statut environnement sain pour les enfants. Programme Mali/OMS*. Novembre 2004.

OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. 2000.

OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. 2002.

OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*. 2006.

OMS. *Stratégie de Coopération avec la République du Mali 2003-2007*. 2003.

PNUD. Banque mondiale (BM). Ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées (République du Mali). *Rapport national sur le développement humain durable au Mali, 2000*. Décembre 2000.

PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2003*.

République du Mali. *Loi d'orientation sur la Santé du 22 juillet 2002*.

République du Mali. Ministère de la Santé. *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)*. 2002.

République du Mali. Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité. *Plan Décennal de développement Sanitaire et Social*. République du Mali. 1998.

République du Mali. Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité.
Programme de développement sanitaire et social PRODESS I 1998–2002. Juin 1998.

République du Mali. Ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité.
Programme de développement sanitaire et social PRODESS II 2005-2009. Composante Santé et Composante développement Social. Sept 2004.

République du Mali. USAID-Mali. *Plan de sécurité alimentaire de la commune du Bourra 2005-2009*. 2005.

UNICEF. République du Mali. *Une proposition de stratégie pour le programme de coopération 2003-2007*. Octobre 2001.

UNRISD. Konaté M., Kanté B., Djenepo F. *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali*. Septembre 2003.

Site Web consultés (liste non exhaustive)

➤ Données internationales :

- Banque Mondiale : <http://www.banquemondiale.org>
- OMS : <http://www.who.int/fr>
- PNUD : <http://www.undp.org/french>

➤ Plate-formes nationales :

- Coordination Sud : [http:// www.coordinationsud.org](http://www.coordinationsud.org)
- Cité Unies France (CUF) : <http://www.cites-unies-France.fr>
- La Guilde : <http://www.la-guilde.org>
- Ritimo : <http://www.ritimo.org>
- F3E : <http://www.f3e.asso.fr>
- IBISCUS : <http://www.ancien.inter-reseaux.org/infodev/repertoire/ibiscus.htm>
- Groupe Pivot Santé Mali : <http:// www.gpspmali.org/>

➤ Plate-formes régionales :

- RESACOOOP : <http://www.resacoop.org>

Annexes

ANNEXE N°1

Déclaration d 'Alma-Ata

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata ce 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels de secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

1. La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.
2. Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.
3. Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous, le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement et les pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples sont la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.
4. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui lui sont destinées.
5. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale.
... /...
6. Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine

participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

7. Les soins de santé primaires :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
 - visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet,
 - comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
 - font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
 - exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer,
- ... /...

- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

8. Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. A cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

9. Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque

l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

10. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés.

Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins en santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente Déclaration.

ANNEXE N°2

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986

Promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Conditions préalables à la santé

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

Promouvoir l'idée

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

Conférer les moyens

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

Servir de médiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit :

- *Élaborer une politique publique saine*

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

- *Créer des milieux favorables*

Nos sociétés sont complexes et inter reliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement - est indispensable ; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

- *Renforcer l'action communautaire*

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

- *Acquérir des aptitudes individuelles*

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

- *Réorienter les services de santé*

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

Entrer dans l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'engagement face à la promotion de la santé

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ;
- à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements ;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même ;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.

Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

ANNEXE N°3

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (fixés pour 2015)

OBJECTIF 1 - Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim

CIBLE 1 - Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

CIBLE 2 - Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

OBJECTIF 2 - Assurer l'éducation primaire pour tous

CIBLE 3 - D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

OBJECTIF 3 - Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

CIBLE 4 - Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard

OBJECTIF 4 - Réduire la mortalité infantile

CIBLE 5 - Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

OBJECTIF 5 - Améliorer la santé maternelle

CIBLE 6 - Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

OBJECTIF 6 - Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

CIBLE 7 - D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

OBJECTIF 7 - Assurer un environnement durable

CIBLE 9 - Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales; inverser la tendance actuelle à la déperdition de ressources environnementales

OBJECTIF 8 - Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

CIBLE 12 - Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisibles et non discriminatoire. Cela suppose un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu'international

CIBLE 13 - S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés. La réalisation de cet objectif suppose l'admission en franchise et hors contingents de leurs exportations, l'application du programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés, l'annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels, et l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté

CIBLE 14 - Répondre aux besoins particuliers des États enclavés et des petits États insulaires en développement

CIBLE 15 - Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme

ANNEXE N°4

Infrastructure des CSCOM du Mali

II- INFRASTRUCTURE DES CSCOM

22

REPUBLIQUE DU MALI - GUIDE DE LA CONSTRUCTION
PROJET SANTE, POPULATION ET HYDRAULIQUE RURALE

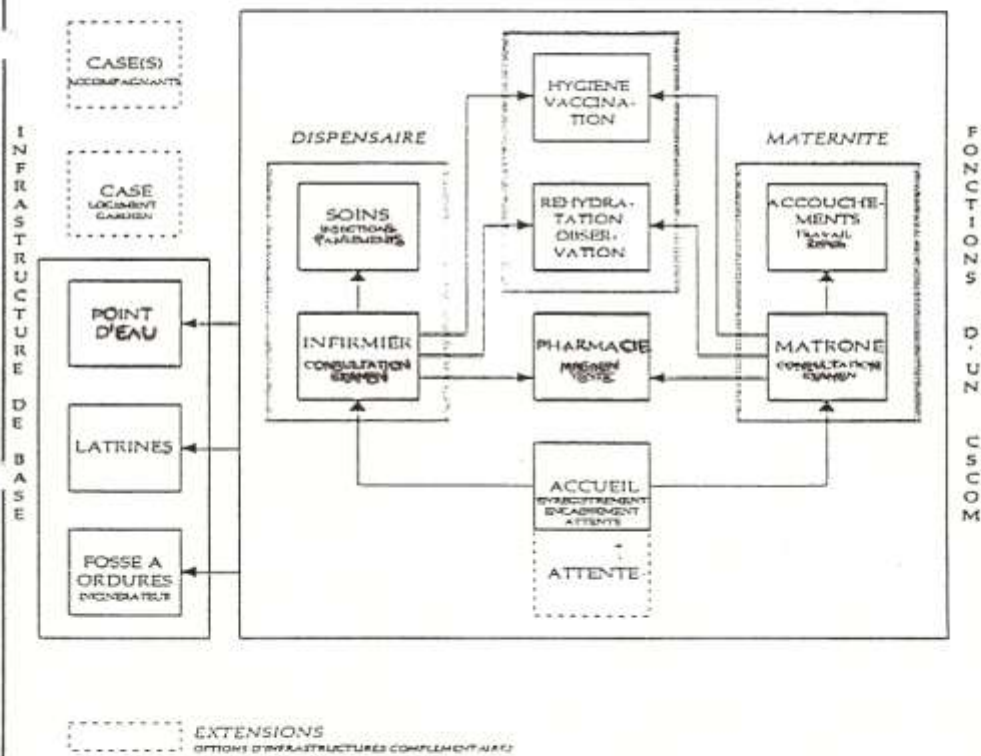
INFRASTRUCTURE DES C.S.COM

N
NORMES

A
GENERALITES

1b

L'infrastructure des Centres de Santé Communautaires (C.S.Com.) regroupe l'ensemble des fonctions telles qu'elles apparaissent dans l'organigramme ci-dessous :



ANNEXE N°5

Liste des participants aux différentes missions de l'ANOPHELE de 1997 à 2006

Année	Nom des participants	Cursus universitaire
1997	Bertrand GUIHARD Pierre DE BEAUDRAP Estelle PASQUIER Céline BOURDAUD Stéphanie PLESSIS Isabelle MILARD Eric RENAUDINEAU Eva KERROUAULT Marion PATOUREAU Emmanuel MEUNIER	Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année
1998	Marion PATOUREAU Laetitia GIRARD Philippe GOUIN Anne-Sophie PORCHERET Céline MARTIN Nicolas HOURDIN Marc LEGEAS Hélène ARNAULT Pierre-Paul BINACHON Thomas BMMERT Anne SAUVAGET Solenn MARJOLET	Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en licence de droit
1999	Alexandra POTTIER Nicolas HOURDIN Lucas PROVOST Nathalie HERBACHER Agnès COUEDEL Estelle PASQUIER Laetitia GIRARD Pierre DE BEAUDRAP Nicolas PREZELIN	Etudiante en médecine 4ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 5ème année Etudiante en médecine 5ème année Etudiante en médecine 6ème année Etudiant en médecine 3ème année
2000	Marion BOUILLOT Rémi DE MARGUERYE Chloé GOUBIN Emmanuel MALPHETTES Nicolas TASSOU	Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année

	Anne TRELLUYER Fanny NOGUES Mélanie PRIOU Daphné RABIN	Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 2ème année
2001	Alexis GODIN Valérie GUICHETEAU Stéphanie FABRE Catherine DUMAS Pierre-Emmanuel SEGUELA Sébastien BUDES Vincent VETO Pascal GICQUEL Laetitia PRETE Hélène RATHOUIS	Etudiant en odontologie 3ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année
2002	Stéphanie JARASSIER Steven LAURENT Carole LEBRUN Claire RIDARD Blandine MOREAU Olivier BENARD Emmanuel MONTASSIER Samuel PINEAU	Etudiante en odontologie 3è année Etudiant en médecine 4ème année Etudiante en médecine 2ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 2ème année
2003	Marie-Cécile ANEZO Samuel BULTEAU Nicolas COTTRON Sophie DUGUET Julie DUTETRE Carole GIARD Nicolas HARCAULT Thomas JAN Séverine NEVEU Hélène RICHARD	Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en odontologie 3è année
2004	Johann COSTE Emilie FONDIN Samuel BULTEAU Lucile CLAUTOUR Grégoire ANGELUCCI William ESCANDE Boutheina EL OTMANI Camille DELENNE Marie DENIS	Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiant en médecine 3ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 2ème année Etudiante en médecine 3ème année

2005	Aurélia PONTISCH Matthieu ROGER Pierre THIRON François MARION Claire LARIBLE Camille DELENNE	Etudiante vétérinaire 4ème année Etudiant vétérinaire 4ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année
2006	Jérémy ALLORENT Camille DELENNE Lio COLLIAS Amandine LE BOURGEOIS Matthieu LORIN Estelle RAME Maude ROYANT Anne CONAN Emmanuelle PRAMPARS	Etudiant en médecine 2ème année Etudiante en médecine 4ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 2ème année Etudiant en médecine 2ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante en médecine 3ème année Etudiante vétérinaire 3ème année Etudiante vétérinaire 3ème année

ANNEXE N°6

Grille d'évaluation des CSCOM au Mali

Critères de sélection	Oui	Non	Observations
I. Personnel Adéquat dans le CSCOM			
1. Un infirmier avec un contrat de travail			
2. Une Infirmière obstétricienne matrone avec un contrat de travail			
3. Un gérant avec un contrat de travail			
II. Fonctionnalité du CSCOM			
2. Offre le Paquet Minimum d'Activité en stratégie fixe			
3. Offre le Paquet Minimum d'Activité en stratégie avancée			
4. Disponibilité de matériel technique			
5. Disponibilité d'équipement nécessaire (frigo, Moto, RAC)			
6. Disponibilité des médicaments (Chloroquine, FAF, Vit.A, SP, SRO)			
7. Disponibilité des contraceptifs (Pilule, condom, DIU, Injectable)			
8. Disponibilité des MII, supports d'IEC			
9. Tenue des supports (remplissage, transmission, etc.)			
10. Existence de micros plans			
III. Fonctionnalité de l'ASACO			
1. Tenue des réunions statutaires avec PV			
2. Inventaire mensuel du dépôt de vente			
3. Suivi de la mise en place des micros plans			
4. Capacité de mobilisation communautaire pour l'utilisation des services			
IV. Hygiène/Assainissement dans le CSCOM			
1. Propreté du CSCOM			

2. Evacuation des ordures dans le centre			
3. Mesure de prévention des infections en place			
4. Existence d'un point d'eau potable			
V. Bonne gouvernance du CSCOM			
1. Existence de récépissés et signature de la convention d'assistance mutuelle			
2. Gestion des ressources humaines, paiement des salaires, INPS etc.			
3. Gestion des ressources financières fond de recouvrement, compte bancaire, paiement des cotisations, séparation des comptes (fonctionnement et médicaments)			
4. Représentativité des femmes dans les instances de décision			
5. Collaboration ASACO, commune et équipe technique			
VI. Viabilité économique et sociale			
1. Localisation dans le village le plus peuplé de l'aire de santé			
2. Activités étendues dans un rayon de 15 km			
3. Population de l'aire de santé d'au moins 5000 habitants, et fréquentation estimée à au moins 40 %			

ANNEXE N°7

Grille d'entretien destinée à l'évaluation du CSCOM de Tassiga

a- destinée à la population de l'aire de santé :

- I. Savez-vous qu'il existe un CSCOM dans la commune ?
- II. Si oui où se situe ce CSCOM ?
- III. Avez-vous déjà consulté ? si oui, combien de fois ? pour quels motifs ?
- IV. Connaissez les différents services offerts par votre CSCOM ? Pouvez- vous les citer ?
- V. Pensez-vous qu'il était judicieux de créer ce CSCOM ?
- VI. Que pensez-vous des coûts des services suivants :
 - Planification familiale
 - Soins prénataux
 - Soins post-partum
 - Accouchement
 - Système de référence – évacuation
- VII. Que pensez-vous de la composition de l'ASACO (association de santé communautaire) ?
- VIII. Que préconisez-vous pour améliorer la qualité de l'offre de service du CSCOM ?
- IX. Préférez-vous avoir recours à la médecine traditionnelle ? Pourquoi ?

b- destinée aux adhérents du CSCOM :

- I. Connaissez-vous les différents services offerts par votre CSCOM ? pouvez- vous les citer ?
- II. Pensez-vous qu'il était judicieux de créer ce CSCOM ?
- III. Que pensez-vous des coûts des services suivants :
 - a. Planification familiale
 - b. Soins prénataux
 - c. Soins post-partum
 - d. Accouchement
 - e. Du système de référence – évacuation
- IV. Que pensez-vous de la composition de votre ASACO ?
- V. Que préconisez-vous pour améliorer la qualité de l'offre de service du CSCOM ?
- VI. Que pensez-vous du temps d'attente au CSCOM
- VII. Que pensez-vous des horaires d'ouverture, et de la permanence des soins ?
- VIII. Que pensez- vous de la disponibilité en médicaments et de leur coût ?
- IX. Obtenez-vous toujours les services que vous souhaitez ?
- X. Décrivez votre impression de l'attitude des prestataires envers vous quand vous venez demander un service

c- destinée à l’infirmier chef de poste et aux prestataires de service :

- I. Que pensez-vous de vos conditions de travail ?
- II. Que pensez-vous de la qualité de votre collaboration avec l’ASACO ?
- III. Que pensez-vous de la qualité de votre collaboration avec le RHODAR/ANOPHELE ?
- IV. Quelle est la qualité de vos rapports avec le centre de santé de référence d’Ansongo ?
- V. Quelle est la qualité de vos rapports avec la population de Bourra ?
- VI. Pouvez-vous dégager vos priorités afin d’améliorer la qualité de l’offre de service ?
- VII. Quel est votre avis sur la fréquentation du CSCOM ?
- VIII. Que faut-il faire selon vous pour améliorer la fréquentation et la qualité des soins ?
- IX. Pensez-vous pouvoir exercer votre travail indépendamment des pressions politiques et des conflits internes que connaît la commune ?
- X. Selon vous l’ASACO est-elle représentative des différentes sensibilités de la commune ?
- XI. Que pensez-vous des moyens mis à votre disposition ?
- XII. Que pensez-vous de votre pharmacie ? Connaissez-vous des ruptures de stock, pourquoi ces ruptures ? Quel est l’état de vos rapports avec le dépôt répartiteur de la région ?

d- destinée aux membres de l’ASACO :

- I. Quelle est votre fonction dans le bureau ?
- II. Pensez que votre bureau est représentatif de la population de la commune ?
- III. Quelle est la qualité de vos rapports avec la population ?
- IV. Quelle est la qualité de vos rapports avec le personnel du centre ?
- V. Quelle est la qualité de vos rapports avec le centre de santé de référence d’Ansongo ?
- VI. Quel est la qualité de vos rapport avec le RHODAR/ ANOPHELE ?
- VII. Selon vous pourquoi l’adhésion au CSCOM n’augmente pas
- VIII. Que faut-il faire pour augmenter cette fréquentation ?
- IX. Quelles sont vos priorités pour améliorer la qualité de l’offre de service ?
- X. Avez-vous des réunions régulières au sein de l’ASACO ? avec le personnel, avec la population de l’aire de santé ?
- XI. Que préconiser pour améliorer la qualité de la gestion du CSCOM ?
- XII. Quels sont les problèmes principaux de gestion rencontrés ? (financiers, ressources matérielles, ressources humaines, problèmes entre les différents membres du CSCOM)
- XIII. Qu’en est –il des activités génératrices de revenu ?

e- destinée au médecin chef du centre de référence d’Ansongo :

- I. Que pensez-vous de l’évolution et de l’impact du centre de santé de Tassiga sur la population de l’aire ?
- II. Quelle est la place de ce centre dans la politique sectorielle du cercle ?
- III. Quelle est la qualité de vos rapports avec ce centre (appui de l’infirmier, rapports avec l’ASACO, organisation du système de référence-évacuation) ?
- IV. Que préconisez-vous pour améliorer la qualité de l’offre de service de ce centre ?
- V. Que pensez vous de la place de l’ANOPHELE / RHODAR aujourd’hui dans l’appui de l’aire de santé de Tassiga et Lellehoye ?

ANNEXE N°8

Enquête CAP pour l'évaluation des séances de préventions

✓ Hygiène de l'eau

1. Connaissances

- Savez-vous comment obtenir de l'eau potable ?
- Savez-vous comment conserver cette eau propre ?

2. Attitudes

- Pour quelles activités utilisez-vous de l'eau potable ?
- Pour quelles activités utilisez-vous de l'eau javellisée ?
- Pratiquez-vous la décantation/filtration/javellisation ?
- Si vous n'utilisez pas ou peu cette méthode, pourquoi ? (manque d'argent, manque de temps, mauvais goût ...)
- Faites-vous bouillir votre eau pour la rendre potable ?
- Mettez-vous un couvercle sur vos récipients contenant l'eau pour la garder propre ?
- Pour le lavage des mains, utilisez-vous de l'eau propre ? utilisez-vous le même récipient pour tout le monde ? utilisez-vous une bouilloire ?
- En ce qui concerne l'eau du puits, y ajoutez-vous de l'eau de javel ? recouvrez-vous l'eau de la jarre ?
- Où allez-vous vous soulager ? dans le fleuve/ dans les latrines

3. Pratiques

- Réalisation de la décantation, filtration, javellisation

✓ Paludisme

1. Connaissances

- Savez-vous ce qu'est le paludisme ?
- Savez-vous comment se transmet le paludisme ?
- Savez-vous comment reconnaître les signes du paludisme ?
- Connaissez-vous les signes de gravité ?
- Savez-vous à quel moment de la journée les moustiques transmettant le paludisme sont le plus dangereux ?

2. Attitudes

- Comment vous protégez-vous du paludisme ?
- Avez-vous une moustiquaire ? L'utilisez-vous ? Est-elle imprégnée ?
- Portez-vous des vêtements longs pour vous protéger ?
- Que faites-vous lorsque l'un de vos proches a de la fièvre (transpire beaucoup) ? Allez-vous voir l'agent de santé ?

3. Pratiques

- Utilisation de moustiquaires
- Utilisation de moustiquaires imprégnées
- Port de vêtements longs

✓ **Diarrhées-déshydrations**

1. Connaissances

- Qu'est-ce que la diarrhée ? Quels en sont les signes ?
- Pensez-vous que la diarrhée puisse être dangereuse pour vous ?
- Quel est le principal risque dû à la diarrhée ?
- Comment remarque-t-on que quelqu'un est déshydraté ?
- Savez-vous ce qu'est la solution sucrée salée (SSS) ?
- Comment peut-on éviter la diarrhée et la déshydratation ?

2. Attitudes

- Que faites-vous lorsque vous avez la diarrhée ?
- Utilisez-vous les latrines ?
- Arrêtez-vous d'allaiter si votre enfant est malade ?

3. Pratiques

- Fabrication de la SSS

✓ **Allaitement maternel**

1. Connaissances

- Savez-vous de quoi est composé le lait maternel ?
- Pensez-vous qu'allaiter soit mieux que de donner des aliments extérieurs ?
- Avez-vous remarqué une différence entre les bébés allaités et ceux qui ne le sont pas ?

2. Attitudes

- Avez-vous des enfants ?
- Les allaitez-vous ? jusqu'à quel âge ?
- Combien de fois par jour allaitez-vous votre enfant ?
- Leur donnez-vous une autre alimentation en complément ?
- Comment faites-vous pour le sevrage ? (progressivement/directement)
- Prenez-vous des précautions d'hygiène particulières avant d'allaiter votre bébé ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés au cours de l'allaitement ?
- Continuez-vous à allaiter si vous êtes à nouveau enceinte ?

3. Pratiques

- Hygiène des seins

ANNEXE N°9

Liste standard de la dotation initiale en médicaments essentiels des CSCOM (2002)

Désignation	Cond°	Qtité	PU en \$	Total en \$
Acide acétyle salicylique cp 500 mg	100	150	0.76	114.00
Acide acétyle salicylique cp 300 mg	1000	5	3.10	15.50
Hydroxyde d'aluminium cp 500 mg	1000	6	6.57	39.42
Aminophylline cp 200 mg	100	3	0.82	2.46
Amoxycilline pdre susp buv 125 mg	60M	43	0.60	25.80
Amoxycilline cp 250 mg	1000	8	29.27	234.16
Chloramphénicol gél 250 mg	1000	1	28.80	28.80
Chloroquine cp 100 mg	1000	18	8.39	151.02
Sulfaméthoxazole- triméthoprine cp 400 mg		10	6.42	64.20
Sulfaméthoxazole- triméthoprine cp 100 mg		20	0.72	14.40
Diazépam cp 5 mg	100	2	0.26	0.52
Furosémide cp 40 mg	1000	1	5.25	5.25
Hydrochlorothiazide cp 50 mg	1000	1	3.20	3.20
Ibuprofène cp 200 mg	100	13	1.26	16.38
Mebedazole cp 250 mg	100	9	1.33	11.97
Metronidazole cp 250 mg	1000	3	6.14	18.42
Tétracycline cp 250 mg	1000	2	10.56	21.12
Tétracycline pommade opht 1%	5G	10	0.20	2.00
Paracétamol cp 500 mg	1000	5	12.48	62.40
Praziquantel cp 600 mg	1000	1	281.60	281.60
Prométhazine cp 25 mg	100	3	0.52	1.56
Prométhazine élixir 5mg/5 ml	250ml	18	0.69	12.42
Rétinol 200 000 UI gel	500	4	8.43	33.72
Aminophylline inj 25 mg/ml 10 ml	10	5	1.33	6.65
Ampicilline pdre inject 500 mg	25	5	7.04	35.20
Benzathine benzylpénicilline pdre 2.4 MU		5	20.76	103.80
Diazépam inject 5 mg/2 ml	10	3	1.05	3.15
Epinéphrine HCL inj 1 mg/ml	10	3	0.90	2.70
Méthyle ergométrine 0.2 mg/ml	10	5	1.00	5.00
Furozémide inj 10 mg/ml	10	2	0.96	1.92
Gentamycine inj 40 mg/2ml	50	3	6.12	18.36
Lidocaïne HCL inj 2%	5	3	2.64	7.92
Procaïne Benzyl pénicilline inj 1g	50	6	11.98	71.88
Procaïne Benzyl pénicilline inj 3g	50	7	19.81	138.67
Prométhazine inj 25 mg/2 ml	10	3	1.08	3.24
Quinine DiHCL inj 300 mg/2 ml	10	13	1.65	21.45
Eau pour inj 10 ml	50	25	1.63	40.75
Eau pour inj 5 ml	50	15	1.83	27.45
Acide benzoïque + salicylique pommade 6/3%	1		2.84	2.84
Benzoate de benzyle saponifié sol conc 90		1	6.70	6.70
Nystatine pastille 100 000 UI paquet	1000	1	16.40	16.40
Violet de gentiane pdre 25 g btlle		10	1.15	11.50
Bande gaze non stérile 50 mm × 9 m		25	0.11	2.75
Gaze hydrophile non stérile 1 m × 100 m		1	11.50	11.50
Sparadrap à l'oxyde de zinc 75 mm × 5 m		5	0.76	3.80
Seringues 2 ml	100	5	2.48	12.40
Aiguilles 19 g × 1.5	100	5	1.89	9.45
Abaisse langue enfants en bois	500	5	3.76	18.80
Thermomètre médical		3	0.64	1.92
Griséofulvine		1		0.00
Cétrimide Chlorexide bidon	5 l	1	27.00	27.00
SRO	1000	1	62.00	62.00
Sel ferreux cp 60 mg	1000	20	2.00	40.00
Total médicaments				1885.52 + fret (471.38) = 2356.90

ANNEXE N°10

Lettre d'accompagnement et questionnaire destinés à l'enquête réalisée auprès des différentes facultés de médecine françaises

Hélène RATHOUIS MAIGA

Interne en médecine générale

Faculté de médecine de Nantes

Madame, Monsieur le Doyen,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale : *Associations Anophele-Rhodar, un partenariat Nord-Sud d'étudiants en médecine. Bilan et Perspectives de 10 ans d'action pour le développement de la santé dans la commune du Bourra (République du Mali – Région d'Ansongo)*, qui a pour objet l'évaluation de l'action réalisée par l'association Anophele, association humanitaire des étudiants en médecine de la faculté de Nantes, je sollicite votre participation à travers le questionnaire ci-joint, dans le but d'évaluer l'existence et le fonctionnement de projets associatifs à but humanitaire, au niveau des différentes facultés de médecine françaises.

En vous remerciant d'avance pour votre participation, veuillez recevoir l'expression de mes salutations les meilleures.

QUESTIONNAIRE A PROPOS DE L’ACTION HUMANITAIRE ENVERS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT AU NIVEAU DES FACULTES DE MEDECINE FRANCAISES

Questionnaire rempli par (nom, fonction et faculté) :

.....

1. Votre faculté a-t- elle une ou plusieurs association(s) à but humanitaire dans ses locaux ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, précisez

☐ Le nom et les coordonnées de la ou des associations :

.....

☐ Les coordonnées du responsable (adresse mail) :

.....

2. Votre faculté ou l’ (les) association(s) de votre faculté est (sont)-elle(s) en partenariat avec une (des) association(s) à but humanitaire, externe(s) à la faculté?

☐ Non

☐ Oui, avec une association d'une autre faculté de France

☐ Précisez la faculté, le nom et les coordonnées de l'association :

.....

☐ Oui, avec une association d'une faculté étrangère

☐ Précisez la faculté, le nom et les coordonnées de l'association :

.....

☐ Oui, avec une association non universitaire

☐ Précisez le nom et les coordonnées de l’association :

.....

3. Existe-t-il au sein du CHU un comité hospitalo-universitaire pour les relations internationales ?

☐ Non

☐ Oui

Fin du questionnaire pour ceux qui ont répondu Non aux 2 premières questions.

4. L'association travaille-t-elle autour :
- ☐ D'un projet unique à l'étranger ?
Précisez dans quel pays :
.....
 - ☐ De plusieurs projets à l'étranger ?
Précisez dans quels pays :
.....
 - ☐ De projets en France et à l'étranger ?
Précisez dans quel(s) pays pour le(s) projet(s) à l'étranger :
.....
 - ☐ De projets uniquement en France : **Fin du questionnaire**
5. L'action menée concerne-t-elle :
- ☐ Le domaine de la santé uniquement ?
 - ☐ D'autres domaines associés ? (précisez lesquels)
.....
.....
6. L'objectif de l'action est-il (plusieurs réponses sont possibles) :
- ☐ De promouvoir la santé et l'éducation en santé par des préventions auprès de la population ?
 - ☐ De dispenser des soins curatifs ?
 - ☐ D'apporter du matériel ou des médicaments venant de France ?
 - ☐ D'appuyer le système sanitaire local par l'achat de matériel ou de médicaments sur place ?
 - ☐ De monter des locaux pour dispenser des soins ?
 - ☐ De former du personnel médical local ?
 - ☐ Autre ? (précisez)
.....
.....
7. L'action menée nécessite-t-elle l'envoi d'une mission française sur place?
- ☐ Non
 - ☐ Oui
 - ☐ Précisez combien de mission par an :
 - ☐ Précisez le nombre de personnes qui partent :
8. L'action est-elle financée par (plusieurs réponses possibles):
- ☐ La faculté ?
 - ☐ L'université ?
 - ☐ Les collectivités ? (précisez s'il s'agit des mairies, du conseil général, du conseil régional)
 - ☐ Le ministère des affaires étrangères ?
 - ☐ Des fonds privés ?
 - ☐ Des programmes ? (précisez)
 - ☐ Autre ? Précisez :

9. Le projet de l'association s'intègre-t-il dans un programme de politique nationale au niveau du pays concerné ?

☐ Oui

☐ Non

10. L'action menée s'inscrit-elle dans un projet de développement sur plusieurs années ?

☐ Non

☐ Oui (précisez sur combien d'années)

11. L'association existe-t-elle depuis :

☐ Moins de 2 ans

☐ Entre 2 et 5 ans

☐ Entre 5 et 10 ans

☐ Plus de 10 ans

Si votre association existe depuis plus de 5 ans, quels sont les facteurs qui permettent à l'association de perdurer ?

.....
.....
.....
.....

12. Commentaires éventuels :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI D'AVOIR BIEN VOULU REpondre A CE QUESTIONNAIRE

ANNEXE N°11

Coordonnées des associations étudiantes ayant répondu au questionnaire

- BORDEAUX : association « Karavan Bordelaise »

www.karavan.asso.fr

- BREST : association « Solidarité Mali-Brest »

www.solidarite-mali-brest.com

- LIMOGES : association « ADEMSIL »

Mail : Ahdem-limoges@hotmail.com

- LYON : association « ACTES »

Mail : bureauactes@yahoo.fr

- MARSEILLE : association « EMASSI »

Mail : a_emassi@yahoo.fr

- PARIS-XI (Kremlin-Bicêtre) : association « EVADEH »

Mail : nicolas.cabe@gmail.com

- POITIERS : branche humanitaire de l'association des étudiants en médecine « le CREM »

Mail : crem@crem.fr

- TOURS : partenariat avec l'association « Tout le monde doit bouger »

www.tlmdb.org/

ANNEXE N°12

Questionnaire destiné aux anciens membres de l'association ANOPHELE

Questionnaire anonyme, précisez si vous êtes interne, médecin, généraliste, spécialiste

- 1- Est –ce que le fait d’être parti au Mali au sein de l’association vous a orienté dans votre choix professionnel ?

a/ pas du tout, b/ un peu, c/ moyennement, d/ beaucoup

Pouvez-vous précisez :

- 2- Est-ce que le fait d’avoir participé à une mission humanitaire dans un pays en développement a aujourd’hui un retentissement sur votre exercice médical au niveau de :

- la pratique clinique : a- b- c- d
- des prescriptions : a- b- c- d
- de l’éducation en santé : a- b- c- d

a/ pas du tout, b/ un peu, c/ moyennement, d/ beaucoup

Commentaires libres :

- 3- Êtes-vous reparti à l’étranger dans le cadre de vos études (stage à l’étranger) suite à la mission avec Anophele ?

a/ oui b/ non

Si oui, précisez :

- 4- Êtes-vous actuellement engagé au sein d’une association à but humanitaire ?

a/ oui, b/non

Si oui, précisez :

- 5- Avez-vous un projet de participation à une action humanitaire dans un pays en développement en tant que médecin ?

a/oui, b/non, c/ ne sait pas

Si oui, précisez :

- 6- Estimez-vous après vous être impliqués dans l'association Anophele avoir acquis une expérience satisfaisante en ce qui concerne :
- l'acquisition de méthodes de travail pour mener à bien un projet humanitaire sur le terrain : a / b/ c/ d/
 - la connaissance de l'environnement d'un pays en développement (en l'occurrence le Mali) et des acteurs impliqués dans le développement de la santé du pays : a / b/ c/ d/
 - les enjeux de la santé publique dans les pays en développement : a / b/ c/ d/

Commentaires libres :

- 7- Estimez-vous sur un plan personnel avoir changé au retour de la mission :
- appris à mieux vous connaître : a / b/ c/ d/
 - acquis une certaine maturité a / b/ c/ d/

Commentaires libres :

- 8- En ce qui concerne la rencontre d'un autre milieu socioculturel, est ce que cette expérience vous a permis :
- de découvrir une autre culture : a / b/ c/ d/
 - de relativiser votre propre culture : a / b/ c/ d/
 - autres :

- 9- Vous sentez vous davantage concernés par les échanges entre pays du Nord et du Sud depuis la mission au Mali (coopération, partenariats d'appui au développement, enjeux géopolitiques, relations internationales) ?
a / b/ c/ d/

- 10- Gardez vous des liens aujourd'hui avec l'association Anophele-Rhodar?
- Avec l'association en elle même
 - Avec des anciens membres en France
 - Avec des anciens membres au Mali
- a/ pas du tout, b/ un peu, c/ moyennement, d/ beaucoup

Commentaires libres

ANNEXE N°13

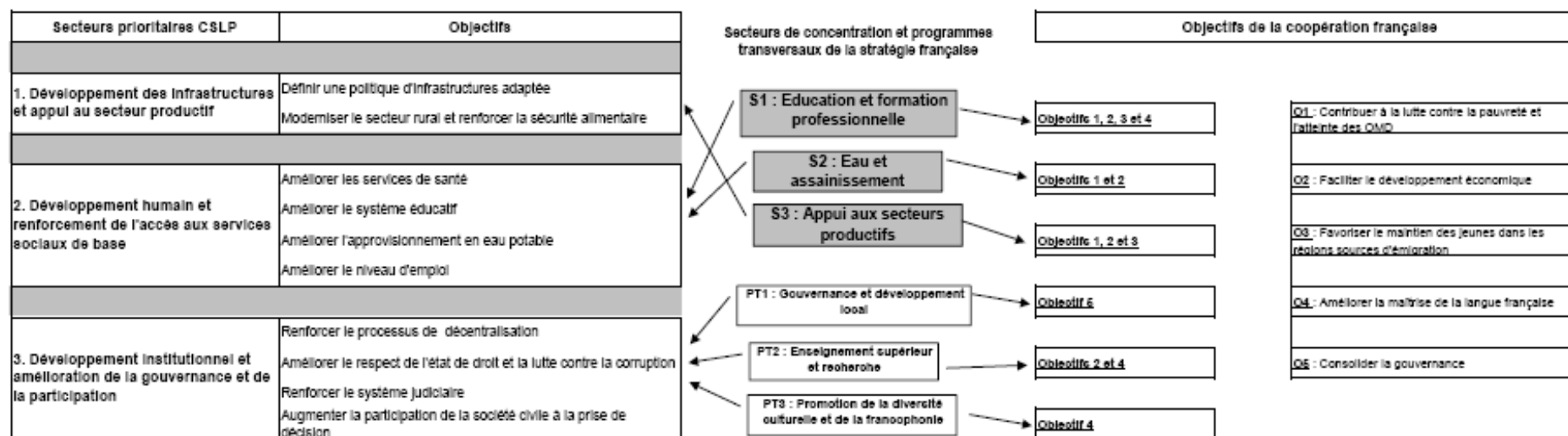
Document Cadre de Partenariat France-Mali (2006-2010) - Articulation de la stratégie de coopération française avec les priorités du pays partenaire

Document - cadre de partenariat

Annexe 1 : Articulation de la stratégie de coopération française avec les priorités du pays partenaire

Priorités du pays partenaire

Stratégie de Coopération française



NB : Annexe 1 sera revue après finalisation du CSLP II (2007-2011)

Associations ANOPHELE-RHODAR, un partenariat Nord-Sud d'étudiants en médecine.**Bilan et perspectives de dix ans d'action pour le développement de la santé dans la commune du Bourra (région d'Ansongo-République du Mali).**

ANOPHELE-RHODAR's association, a partnership between North and South students of medicine.

Assessment and Prospects of ten years of action for health development in the Bourra District (Ansongo- Republic of Mali).

Résumé : Dix années après le début de l'action de l'association ANOPHELE, association d'étudiants de la Faculté de médecine de Nantes, en partenariat avec l'association malienne le RHODAR, au niveau de la commune du Bourra au Mali, nous avons dressé le bilan des différentes actions réalisées. Pour cela, nous avons réalisé une évaluation de l'action menée au niveau du Mali, et une enquête auprès des anciens membres de l'association afin d'étudier l'impact de leur participation au projet d'un point de vue personnel et professionnel. Afin de mieux situer l'association ANOPHELE, nous nous sommes également intéressés en France à l'existence de projets humanitaires étudiants au niveau des facultés de médecine, et au Mali à l'action de la coopération internationale et française en particulier. Ceci nous a permis de montrer l'importance du développement des partenariats entre pays du Nord et du Sud, notamment à l'échelle étudiante.

Summary : Ten years after the beginning of the action of the ANOPHELE association, students' association of the Nantes' Faculty of Medicine, with his partner the malian association the RHODAR, in the Bourra district in Mali, we drew up the balance sheet. We did an evaluation of the action realized in Mali, a survey to the association's old members to study the impact of their taking part in the action, from a professional and from a personal standpoint. In order to precise the ANOPHELE association, we interested in France to the humanitarian projects at Faculty of Medicine level, and in Mali to the action of the international and the French cooperation. It allows us to demonstrate the importance of the development of Union between North and South country, at the student level particularly.

MOTS-CLES

Action Humanitaire, Centre de Santé Communautaire (CSCOM), Coopération Mali France, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Organisations Non Gouvernementales, Santé Publique.

Humanitarian Action, Community Health Centers, Mali France Cooperation, Millennium Development Goals, Non Governmental Organizations, Public Health.