

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

MINISTERE DE L' EDUCATION NATIONALE  
DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

---

Année 1990

N° 35

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES INTER-  
ACTIONS ENTRE LE SYSTEME D'AIDE  
SANITAIRE DES ORGANISATIONS (OIGs-  
ONGs) AVEC LE SYSTEME SANITAIRE  
MALIEN

**THESE :**

Présentée et Soutenue Publiquement le ..... Juillet 1991  
devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

par : **Hamadine SAMAKE**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine.  
(Diplôme d'Etat )

Examineurs:

Président: Professeur Abdou TOURE

(Docteur Bâh KEITA

Membres: (Docteur Hanguiné MANGACIRE

Directeur: Professeur Sidi Yaya SIMAGA

# LECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1990 - 1991

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Bakary M. CISSE	Sécrétaire Général
Hama B. TRAORE	Econome

## II . D.E.R. DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

### 1 - PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chef de DER Chirurgie
Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdoul Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

### 2 - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Mme SY Aïssata SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, soins infirmiers
Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED O.R.L.	
Docteur Mme. Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation

Docteur Somita KEITA  
Docteur Dapa Ali DIALLO

Dermato-Léprologie  
Hématologie-Médecine Interne

## **V. D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1 - PROFESSEUR AGREGE**

Professeur Boubacar CISSE                      Chef de D.E.R. Toxicologie

### **2 - MAITRES ASSISTANTS**

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législation et Gestion Pharmaceutique
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

### **3 - DOCTEUR 3ème CYCLE**

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU                      Pharmacie Galénique

## **VI. D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS AGREGES.**

Professeur Bréhima KOUMARE	Chef D.E.R Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie Pathologie-Histo Embryo
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

### **2. DOCTEURS D'ETAT**

Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie - Génétique

### **3. DOCTEURS 3ème CYCLE**

Professeur Moussa ARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique

Professeur Mme. THIAM Aïssata SOW  
Professeur Bakary M. CISSE  
Professeur Mamadou KONE

Biophysique  
Biochimie  
Anatomie-Physio-Humaines

#### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO  
Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA  
Docteur Anatole TOUNKARA

Parasitologie  
Parasitologie  
Immunologie

#### 5. MAITRES ASSISTANTS.

Docteur Hama CISSE  
Docteur Amadou TOURE  
Docteur Abdrahamane TOUNKARA

Chimie Générale  
Histo-Embryologie  
Biochimie

#### VII. DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur Boubou DIARRA  
Professeur N'Golo DIARRA  
Professeur Souleymane TRAORE  
Professeur Salikou SANOGO  
Professeur Daouda DIALLO  
Professeur Bakary SACKO  
Professeur Messaoud LAHBIB  
Professeur Karago TRAORE

Microbiologie  
Botanique  
Physiologie Générale  
Physique  
Chimie Minérale  
Biochimie  
Biologie Végétale  
Cryptogamie

#### VIII. ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Bah KEITA  
Docteur Hamar Alassane TRAORE  
Docteur Sékou SIDIBE  
Docteur Abdoul Kader TRAORE dit DIOP  
Docteur Moussa I. MAIGA  
Docteur Kader TRAORE  
Docteur Flabou BOUGODOGO  
Docteur Mamadou A. CISSE  
Mme COUMARE Fanta COULIBALY  
Docteur Daba SOGODOGO  
Docteur KONARE Habibatu DIAWARA  
Docteur Drissa DIALLO  
Docteur Nouhoum ONGOIBA  
Docteur Bakoroba COULIBALY

Pneumo-Physiologie  
Médecine Interne  
Orthopédie-Traumatologie  
Chirurgie Générale  
Gastro -Entérologie  
Médecine Interne  
T.P. Microbiologie  
Urologie  
T.P. Soins Infirmiers  
Chirurgie Générale  
Dermato-Léprologie  
Matière Médicale  
Néphrologie  
Psychiatrie

Docteur Bénédict KOUHARE  
Docteur Filifing SISSOKO

Chimie Analytique  
Chirurgie Générale

### IX. CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
Docteur Boubacar KANTE	Pharmacie Galénique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu (Ingénieur Sanitaire)
Mme DEMBELE Sira	Mathématiques
Professeur Yoro DIAKITE	Mathématiques
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie

### X. PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur GENIAUX	C.E.S. Dermatologie
Professeur LAGOUTTE	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. Ophtalmologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamique
Professeur Léopold TCHAKPE	Pharmacologie
Professeur Ababacar FAYE	Pharmacologie
Professeur Jean CASTEL	Pharmacie Chimique
Professeur Mamadou KOUHARE	Pharmacologie

### XI. PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T
Docteur Tahirou BA	H.G.T
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T
Docteur Antoine Niantao	H.G.T
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T
Docteur Yéya Y. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Mme SANGARE	I.N.R.S.P.
Docteur Chompéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Ami Paul DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur RECHIKOFF	I.O.T.A
Docteur DICKO	P.M.I. Sokoniko
Docteur M. TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Cnetrale

Docteur Mme TRAORE J. THOMAS  
Docteur Pierre BOBIN  
Docteur Alain DELAYE

I.O.T.A  
Dermato-Léprologie  
Chirurgie Générale

Je dédie

cette thèse à tous les hommes qui ont œuvré pour le  
développement du Mali.

# Remerciément

## **A mon Père Moussa SAMAKE**

qui a su me donner l'éducation nécessaire pour affronter le dur combat de la vie.

Je prie le bon Dieu qu'il le retablis vite.

## **A mes mères**

qui ont peiné pour moi, je souhaite qu'elles puissent jouir du fruit de mon travail.

Youma MAIGA, Rabia TOURE, Sanata COULIBALY.

## **A Feu Boubacar MAIGA:**

Le bon Dieu n'a pas voulu te montrer la réalisation de mon travail, que la terre te soit lergère.

## **A Monsieur Sidiki SAMAKE**

Je n'oublierais jamais tes sages conseils dans la vie, que le bon Dieu t'aide dans tes lourdes reponsabilités familiales.

## **A mes Oncles, Tantes, Cousins et Cousines:**

En témoignage de mon attachement et de ma reconnaissance pour l'aide et l'affection que vous avez toujours sùes m'apporter



**A ma grande mère feu Ba Diaba DIARRA, mon homonyme Feu Thierno Hamadine Yoro DIALLO :**

Je regrette votre absence, et que la terre vous soit légère

**A mes Frères et Sœurs:** (Diaba, Sétou, Oumou, Mamadou, Modibo, Boukassoum, Dramane)

qui m'ont encouragé tout le long de mon cycle.

**Famille de Lassine CAMARA Sema 1.**

Je vous remercie de votre soutien moral et financier. Vous êtes un grand frère et un ami, que Dieu vous bénisse.

**A Monsieur Modibo DIARRAH**

Chef du services Informatique de l'I.N.P.S.

Ce travail a été réalisé grâce à votre disponibilité constante et désintéressée.

Vous avez fait du beau travail . Je vous en suis très reconnaissant.

**Au Docteur Alima KONATE:**

Tu as été d'abord une camarade de classe, ensuite une collègue et enfin une amie.

Je prie le bon Dieu de ne pas oublier tout ce que tu as fait pour moi qu'il te donne un très bon mari et je te souhaite une belle carrière médicale.

**A Mme CAMARA Bintou TALL**

Pour ton soutien moral et matériel

**A mes amis :**

avec lesquels j'ai partagé joies et peines (Yaya, Abdoulaye, Mamé, Daouda, Abdoul, Oumar, Alassane, Moussa, Djibril, Modibo, Fousseni, Maguete, Bakary, Moulaye, Ismaïla, Oulématou, Fatoumata, Oumou et copines).

**La Famille Oumar Dia:**

Je n'oublierais jamais le service que vous m'avez rendu dans la vie (Habi BA, Nène, Ramata, Aïssata Aïda et frères).

**La Famille Mountaga TRAORE, SEMA I**

Vous m'avez accepté comme un élément de votre famille que nos vœux soient réalisés ( Mme TRAORE Fanta, Awa , Rabia, Fatoumata).

**Aux Familles BERTHE, TANGARA, DIALLO, TOURE , NIANG, SY, FANE, BOUARE, TRAORE, Séma I.**

NIARE, TOURE , TRAORE, COMMUNE.II, OUANE COMMUNE. I.

**La Famille Cheick AW Séma 1.**

Je vous en serai toujours reconnaissant , Awa, Fatou, Fadimata, Kadiatou, Mariam, Kotié, Mamadou, Damas, Nènè, Djénéba , Mama)

**A mes Ami de l'E.N.M.P.** Ouf ! nos vœux ont été réalisés.

Yacouba, Jacob, Boubacar, Awa, Astou,

**A tous les Etudiants de l'Ecole Fondamentale, du Lycée de Badala, ENMP.**

courage et perseverance aux études à tous les professeurs de ENMP pour l'enseignement de qualité dispensé malgré leurs préoccupations hospitalières.

## **A la Coopération Sanitaire Italienne:**

Ce travail a été réalisé grâce à la coopération sanitaire Italienne. Cette coopération sanitaire qui intervient dans les régions de Kayes, Tombouctou, et de Mopti.

Ces régions sont les zones les plus dures du Mali à cause de leur inaccessibilité, l'état défectueux de leurs routes, la famine et la nature n'est pas clémente dans ces zones.

La coopération sanitaire entre le Mali et l'Italie est très jeune mais elle est très dynamique.

Cette coopération sanitaire embrasse plusieurs volets dont l'un des volets les plus importants, est la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle . Depuis l'arrivée de Madame Augusta AGNELI à la tête de ce bel exemple de coopération entre nos deux (2) pays.

Cette coopération sanitaire s'est dotée d'un sang nouveau, par son dynamisme, son amour du travail bien fait, son assiduité , son courage et sa détermination font d'elle un exemple à suivre dans le domaine de la recherche.

Sa disponibilité et sa gentillesse ont été une soupape de sécurité psychologique dans l'élaboration de notre travail que le bon dieu l'accorde ses bénédictions.

Cette dame imposante par sa taille et sa capacité de dirigé les hommes ont forcé l'admiration de tout le personnel et les visiteurs (Etudiants).

Son amour pour le Mali, parce qu'elle a travaillé au Mali en tant que volontaire avant d'être à la tête de cette coopération.

**A notre président du Jury:**

**Professeur Abdou TOURE**

Chef du service traumatologie de l'Hôpital Gabriel TOURE.

C'est un grand honneur pour moi que vous présidez ce jury.

Vos cours d'anatomie et de pathologie chirurgicale ont séduit plus d'un Etudiant.

Nous prions le bon Dieu qu'il vous donne la force de continuer votre immense travail.

**Aux Membres du Jury**

**Docteur Bâh KEITA:**

Assistant-chef de clinique au service de pneumologie Hôpital du Point "G".

Vous avez guidé mon premier pas en pneumologie, vos conseils pratiques en médecine et dans la vie courante m'ont beaucoup servi.

Je vous souhaite une longue vie pleine de succès et de réussite.

**Docteur Hanguiné MANGACIRE:**

Médecin-chef des établissements de soins et des infrastructures sanitaires.

En plus de vos connaissances médicales, vous êtes un homme plein de qualités humaines. Votre souci de travail bien fait et votre expérience font de vous un cadre respecté et écouté

Soyez remercié de l'honneur que vous me faites d'accepter de siéger dans ce jury.

**A notre Directeur de Thèse:**

**Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Chef du Département d'Etude et de Recherche en santé publique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Professeur, votre culture générale et vos connaissances en santé publique impressionnent tous vos Etudiants . Vous êtes un pédagogue et un homme de terrain avisé, vos qualités humaines et sociales justifient bien le nombre d'Etudiants que vous avez dirigé. Les mots me manquent pour vous exprimer aussi clairement ce que je ressens en ce moment.

# INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'état socio-sanitaire du Mali est caractérisé par une diversité d'affections parmi lesquelles, on peut retenir:

Le paludisme qui est la première cause de morbidité et de mortalité des enfants avant leur premier anniversaire et contre lequel jusqu'à présent aucune stratégie ne semble très efficace.

Les principales maladies infectieuses des enfants sont:

- La rougeole avec un taux de léthalité 7,2 %
- Le tétanos néo-natal qui est la cause de 60 à 70 % des décès des nourrissons entre 0 et 1 mois au sud.
- La polyomyélite avec un taux d'incidence de 0,24 % par an
- La coqueluche
- La diphtérie
- La tuberculose.

auxquelles la population de 0 à 6 ans paye encore un lourd tribut et contre lesquelles le P.E.V. qui a débuté en 1986 a atteint dans certaines zones des résultats appréciables mais encore loin de son objectif qui est d'immuniser 80 % des enfants de 0 à 6 ans, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer contre le tétanos.

La malnutrition est répandue sur toute l'étendue du pays; en 1987 ils s'est révélé que 10 % des enfants âgés de 36 mois souffraient de malnutrition aigue.

Dans le milieu rural, 46 % des enfants âgés de 0 à 4 ans présentent une malnutrition proteino-énergétique modérée et 4,9 % de la même tranche d'âge sont gravement affectés.

Actuellement au Mali le taux de mortalité infantile est estimé à 120 ‰ ; il y a 10 ans ce taux se situait entre 320 et 350 ‰.



Une mortalité maternelle élevée de 25 % du total des décès féminins enregistrés est liée aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Certaines endémies telles que le choléra, la tuberculose, et la lèpre sévissent encore malgré l'existence de thérapeutiques appropriés, efficaces et efficaces.

La persistance de certains foyers de Trypanosomiase humaine des zones d'endémie goitreuse et d'onchocercose gêne encore le développement socio-sanitaire des populations .

L'accroissement sans cesse continu des maladies sexuellement transmissibles, constitue une préoccupation constante du département de la santé surtout si on y ajoute le fléau du sida.

Face à tout cet environnement sanitaire hostile, le Mali ne dispose que de très peu de moyens.

D'abord, en infrastructures sanitaires le pays ne dispose que de 3 hôpitaux nationaux dont les équipements vétustes et insuffisants et /ou le flux de consultation ne permettent pas de les réserver aux soins de santé tertiaire et même secondaire, ressemblent plutôt à des grands dispensaires. Ensuite, on constate une faiblesse en personnel de tout genre en général et en personnel spécialisé en particulier.

Par exemple en 1987, il y avait 1 médecin généraliste pour 30.540 hbts, 1 infirmier pour 4835 hbts, 1 ingénieur sanitaire pour 24.870 hbts, 1 technicien sanitaire pour 79.400 hbts. Enfin le personnel spécialisé est insignifiant par rapport aux besoins des populations.

Il est donc apparu très vite au Mali d'envisager de faire appel à des structures de coopération en vue de la mise en œuvre de ces programmes de Développement socio-sanitaire; surtout que le budget alloué à la santé est toujours insuffisant.

Notre travail qui a trait à ce sujet vise les objectifs suivants :

- inventorer les principales Organisations Internationales Gouvern-  
mentales et Organisations non Gouvernementales en relations avec le  
système sanitaire malien.
- décrire les modes de relation de ces structures avec l'Etat malien.
- analyser les modes de relation de ces structures avec l'Etat malien
- juger de l'impact de l'action socio sanitaire menée au Mali. par les  
structures O.Gs et ONGs.
- proposer quelques recommandations.

Cette étude comportera les chapîtres suivants:

Première partie :	Introduction et objectifs de l'étude
Deuxième partie :	Généralités sur le Mali
Troisième partie:	Situation socio-sanitaire
Quatrième partie:	Politique sanitaire
Cinquième partie:	Méthodologie et cadre d'études
Sixième partie :	Etude analytique des O.I.Gs et O.N.Gs.
Septième partie:	Résultats et commentaires
Huitième partie :	Conclusion et recommandations
Neuvième partie:	Bibliographie et annexes.

# GENERALITES SUR LE MALI

Situé dans l'hémisphère nord du continent africain, le Mali est placé au cœur de l'Afrique de l'ouest. C'est un pays continental sans débouché sur la mer. Il couvre une superficie de 1.240.000 km<sup>2</sup> avec une population de 7.620.225 hbts en Avril 1987, soit une densité de 6,1 hbts/km<sup>2</sup>.

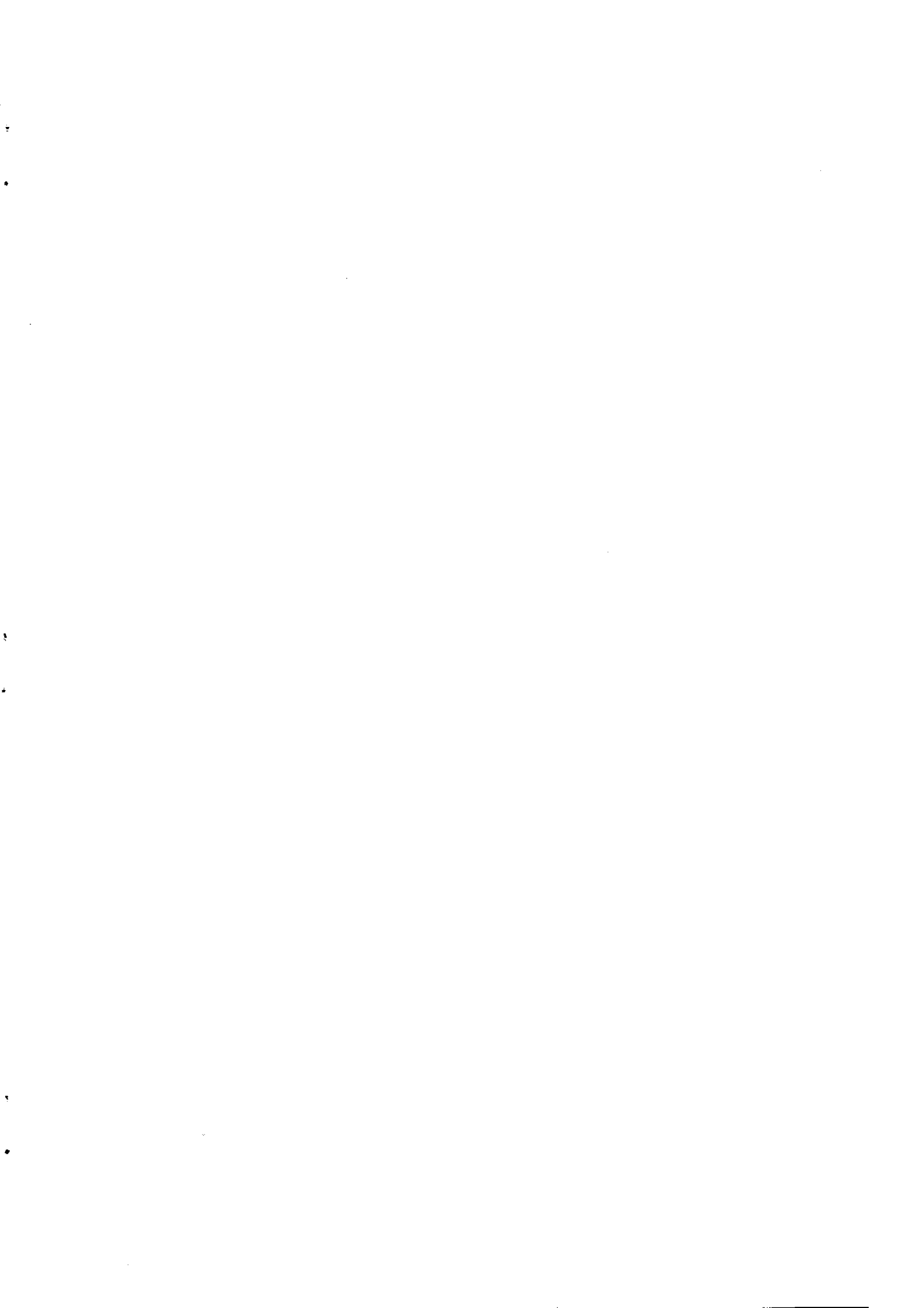
L'enquête démographique et de santé a recensé au niveau des ménages sur une population résidente de 16.278 hbts, 8020 hommes et 8258 femmes; donc les hommes représentent 49 % contre 59 % des femmes .

La population résidente du Mali est essentiellement rurale car seulement près de 21 % résident en milieu urbain contre 79 % vivant en zone rurale.

Elle est caractérisée par une proportion très élevée de jeunes: Ainsi 48 % sont âgés de moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer (15 - 49 ans) représentent 21 % de la population résidente totale.

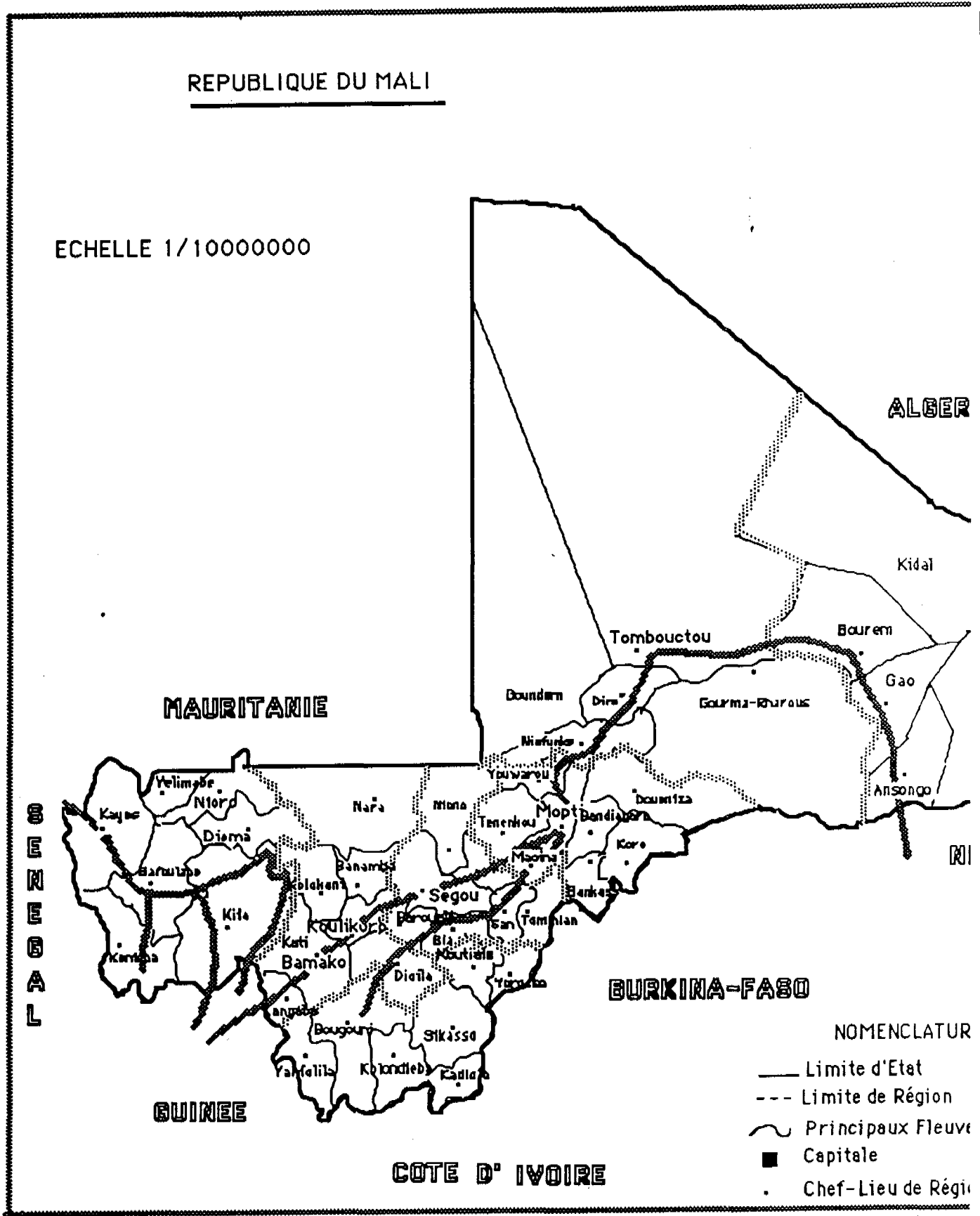
La population est caractérisée par un taux d'accroissement naturel de 2,7 %, résultant d'un taux brut de natalité de 46,6 % et d'un taux brut de mortalité de 19,5 % durant la période 1982-1987. L'état sanitaire de la population évalué pour la même période a montré un taux de mortalité de 0 à 5 ans de 249 % qui explique en grande partie une espérance de vie à la naissance faible (environ 47 ans).

L'analyse de la pyramide des âges de la population résidente E.D.S-Mali a dénoté une dissymétrie en faveur de la population féminine à 25-29 ans et à 50-54 ans et une dissymétrie du côté masculin à 40-44 ans (voir graphique)



REPUBLIQUE DU MALI

ECHELLE 1/10000000



ALGER

Kidal

Tombouctou

Bourem

Gao

MAURITANIE

Boundem

Dira

Gourma-Rharous

SENEGAL

Yelimbe

Niara

Nara

Niara

Niara

Niara

Niara

Kayes

Diama

Nara

Niara

Niara

Niara

Niara

Barouba

Kita

Koulikoro

Segou

Mopti

Bandiagara

Douentza

ANSONGO

Kantaba

Kati

Bamako

Diakha

Blou

Moutiela

Bankas

(R)

Kantaba

Bamako

Diakha

Blou

Moutiela

Bankas

BURKINA-FASO

GUINEE

Bougouri

Sikasso

Yamouli

Kolondiebo

Kadila

COTE D'IVOIRE

NOMENCLATUR

- Limite d'Etat
- - - Limite de Région
- ~ Principaux Fleuve
- Capitale
- Chef-Lieu de Région

Le Mali a 7.200 km de frontières avec ses voisins qui sont :

- au Nord-Est l'Algérie
- a l'Ouest la Mauritanie
- au Sud-Est le Niger
- au Sud-Ouest le Sénégal et la Guinée Conakry et
- au Sud le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire

Quant au relief, il est essentiellement plat mais comporte quelques élévations qui sont: - au Nord du pays, le massif de l'Adrar des Iforas culminant au moins à 900 mètres.

- a l'Ouest le plateau manding (altitude maxima 794 m)
- au Sud le massif de Sikasso (820m)
- au Sud-Est le plateau Dogon (777 m) auquel fait suite immédiatement le massif de Hombori.
- la chaîne de Tambaoura se dresse à l' Ouest.

Le réseau hydraulique est composé par deux (2) grands fleuves.

- le fleuve Niger long de 4.200 km dont 1.700 km au Mali, traverse presque tout le pays d'ouest au nord.

Le fleuve Sénégal, mesure 1.700 km dont la moitié traverse la région de Kayes à l'ouest.

Ces deux (2) fleuves prennent leur source au Fouta Djallon en Guinée Conakry.

Pour le climat, le Mali a quatre (4) zones climatiques :

- la zone Sud soudanienne quasiment limitée à la région de Sikasso au Sud où la pluviométrie va de 800 à 1.400 mm par an; c'est une zone propice à l'agriculture.

- la zone Nord soudanienne comprend le Sud de la région de Kayes, celle de Koulikoro ( dont Bamako) dans son entier et le Sud de la région de Ségou. Dans cette zone la pluviométrie est de 600 à 800 mm par an et propice à l'agriculture.

- la zone sahélienne, synonyme de sécheresse comprend le Nord de la région de Kayes, le Nord de celle de Ségou, l'ensemble de celle de Mopti; zone où la pluviométrie va de 200 à 600 mm par an.

Il y a le cas particulier du delta situé en plein sahel autour de Mopti, qui est une formation écologique originale, où se forment notamment les " bourgouttières ", cuvettes submergées pendant plus de 6 mois et qui servent de pâturage; c'est la zone propice à l'élevage.

- la zone Sud-saharienne marque le début du désert, couvre les régions de Tombouctou et de Gao où la pluviométrie est très faible (moins de 20 mm par an).

D'une manière générale, le climat est intertropical à caractère soudano-sahélien avec des températures élevées ( moyennes entre 26° et 30° C), une seule saison de pluies par an avec de faibles précipitations.

L'écosystème malien est caractérisé par la sécheresse avec certaines dates difficilement oubliables 1910; 1916; 1944; 1948; 1968; 1973; 1979; 1983.

Il y a à noter que le phénomène de désertification touche déjà 58 % du territoire et 30 % sont fortement menacés. Les causes de cette désertification sont nombreuses (la sécheresse, la déforestation, les feux de brousse, etc..).

Quant à l'organisation administrative du pays, nous pouvons retenir certains faits.



- Le 22 Septembre 1960, le Mali a proclamé son indépendance avec l'U.S.-RDA (Union Soudanaise du Rassemblement Démocratique Africain) au pouvoir dont l'option étatique était une voie socialiste de développement.

- Le 19 Novembre 1968, intervint un changement de régime par coup d'Etat, exécuté par le C.M.L.N ( Comité Militaire de Libération Nationale).

Une nouvelle constitution vit le jour en 1974 et la reprise politique eut lieu en 1979 avec la création de l'U.D.P.M. (Union Démocratique du Peuple Malien). Parti-Etat dont le secrétaire général est le président de la République.

Après une suite d'évènements, d'émeutes commencés en Janvier 1991, vécus par toutes les couches sociales dont le terme ultime fut l'arrestation du Général Moussa TRAORE et de l'ensemble des dignitaires du régime le 26 Mars 1991 par un Comité de Réconciliation Nationale constitué d'Officiers avec à sa tête le Lt colonel Amadou Toumani TOURE qui conjugua ses efforts avec les Organisations démocratiques pour mettre en place le comité de Transition pour le Salut du Peuple (C.T.S.P.), composé de 25 membres (10 Militaires et 15 Civils) assumant le pouvoir législatif.

Un gouvernement provisoire de Transition est mis en place, le 5 Avril 1991 avec un Premier Ministre qui est chef du gouvernement (Monsieur Soumana SACKO)

L'option politique affichée est le multipartisme intégral. Le gouvernement transitoire doit mettre en place les structures chargées de la vie politique et administrative du pays.

Le Mali comporte 7 Régions, un District, 48 cercles, 284 arrondissements, 19 communes, 10.374 villages, 1.213 secteurs de développement économique (regroupement de 7 à 8 villages) et 535 Tons

villageois selon le recensement de 1987 actuellement le pays comprend 8 régions, 49 cercles et 285 arrondissements.

Le District de Bamako la capitale administrative et politique du pays est composé par six (6) communes ( C.I; C.II; C.III; C.IV; C.V; C.VI.)

La première région celle de Kayes comprend sept (7) cercles ( Kayes; Bafoulabé; Diéma; Kéniéba; Kita; Nioro du Sahel; et Yélimané.)

Pour la région de Koulikoro la deuxième région avec ses sept (7) cercles ( Koulikoro; Banamba; Dioïla; Kangaba; Kati; Kolokani; et Nara).

La troisième région est Sikasso avec ses sept (7) cercles ( Sikasso; Bougouni; Kadiolo; Kolondiéba; Koutiala; Yanfolila; Yorosso.)

La quatrième région Ségou est constituée aussi de sept (7) cercles ( Ségou; Baraouéli; Bla; Ké-Macina; Niono; San; Tominian;).

La cinquième région Mopti a huit (8) cercles (Mopti; Bandiagara; Bankass; Djenné; Douentza, Koro, Tenenkou; et Youvarou.)

Tombouctou est la sixième région avec ses cinq (5) cercles (Tombouctou; Diré; Goundam; Gourma-Rharous; Niafunké.)

La septième région Gao, cité des Askias comprend quatre (4) cercles (Gao; Ansongo; Bourem; et Ménaka.)

Kidal est la dernière région créée avec ses quatre (4) cercles ( Kidal; Aguel-Hoc; Abeïbara et Tin-Essako).

Au Mali, le français est la langue officielle et a été pendant longtemps la langue d'enseignement. La langue la plus parlée est le bamana (surtout au Sud); c'est la langue maternelle de près de la moitié de la population, mais que beaucoup de non bambara parlent également .

Les différents groupes ethniques sont: les Bamana, les Malinké , les Sarakole, les Songhaï, les Dogon, les Peulh, les Touareg et les Arabes.

Le système éducatif moderne s'est établi depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sous la domination coloniale. La 1<sup>er</sup> école créée fut celle des fils de chefs à Kayes en 1895.

En 1925 la 1<sup>er</sup> école primaire supérieure a été créée à Kayes . En 1945 on comptait au Soudan 110 écoles et en 1955 une seule école secondaire située à Bamako.

En 1962 la réforme de l'enseignement préconisa l'enseignement obligatoire, mixte et gratuit, dans le but de former les cadres dont le pays a besoin, à travers une éducation à la fois de " masse et de qualité ".

On a recensé dans notre pays en 1987:

- 1.198 écoles fondamentales (premier cycle).
- 236 écoles fondamentales (second cycle).
- 263 madersas, nées de l'initiative privée dont certaines ont été implantées de façon anarchique et informelle à partir de fonds provenant de contributions privées et/ou de certains pays arabes.

Depuis 1982, ces madersas sont reconnues par l'Etat et sont suivies pédagogiquement par un inspecteur général d'arabe nommé à la Direction de l'enseignement fondamental du ministère de l'éducation nationale.

Le taux de scolarisation est passé de 10 % environ à l'indépendance à 19,58 % en 1979; 17,60 % en 1983 et à 15,45 % en 1986. Le faible taux de scolarisation semble lié au manque de moyens de l'Etat eu égard au nombre croissant de scolarisants et de la politique de désengagement financier progressif de l'Etat . Le taux actuel, environ 25 % est dû en partie à la faiblesse des moyens de l'Etat qui s'est désengagé de beaucoup de ses obligations vis à vis de l'école mais aussi de la désaffection des parents et des enfants pour l'école surtout dans certains milieux .

A l'indépendance, 90 % de la population ayant dépassée l'âge de la scolarisation était analphabète d'où les grands efforts faits par l'Etat pour rattrapper cette situation en créant la Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle et Linguistique Appliquée (DNAFLA). Et en cela le Mali n'a pas attendu la conférence de Téhéran en 1965 sur l'éradication de l'analphabétisme et celle de l'UNESCO tenue à Bamako en 1966 sur l'unification des alphabets, pour adopter et introduire la stratégie de l'alphabétisation fonctionnelle.

C'est ainsi qu'en 1987-1988, on a recensé 9.995 centres d'alphabétisation qui ont touchés 6.927 villages; 13.609 animateurs qui ont été formés ont alphabétisé 143.925 auditeurs et 26.788 néo-alphabétisés. (compter et lire en langue nationale).

Concernant l'économie malienne, elle est essentiellement à vocation agropastorale avec coexistence de 3 secteurs : étatique, mixte et privé.

La production agricole: l'essentiel de la production du Mali provient du secteur agricole. C'est également le secteur qui fournit les moyens d'importer. Les cultures pratiquées ( mil, sorgho ,fonio, maïs, riz,

arachide) sont essentiellement destinées à l'alimentation . Le coton est le principal produit d'exportation du Mali.

L'élevage est aussi important que l'agriculture dans la structure du produit intérieur brut ; mais l'évaluation du cheptel est très difficile à cause du manque de données fiables. Cependant en 1986, on a estimé 4,5 millions de bovins et 10,4 millions d'ovins et caprins.

Le volet industriel est très peu développé et plus de la moitié des industries de transformation sont implantées à Bamako à cause des sources d'énergie.

Les unités familiales de production et d'artisanat constituent actuellement les principaux revenus des femmes .

Les ressources minières potentielles concernent la bauxite, le fer et la manganèse. Actuellement sont exploités de manière industrielle les gisements de phosphate de Tilemsi à Bourem, et d'or de Kalana et Siana à Sikasso.

Des indices de pétrole et d'uranium existeraient dans le bassin de Taoudenit au Nord du pays. L'exploitation de ces ressources est retardée et même très difficile à cause de la faiblesse des moyens de communication, inégalement répartis d'ailleurs sur le territoire national.

Sans débouché sur la mer pour son trafic international le Mali a signé des accords avec certains pays côtiers; accords lui permettant d'avoir des zones franches. Il en est ainsi de l'EMASE au Sénégal, une zone à Cotonou, en Côte d'Ivoire et à Lomé.

Les communications téléphoniques, les télexes et les téléfaxes commencent à prendre de l'ampleur.

Sur le plan économique, l'évolution du budget en recettes et en dépenses pendant la période de 1982 à 1987 peut être représentée par le tableau suivant.

**Tableau : évolution du Budget en recettes et en dépenses de 1982-1987.**

<b>Valeurs chiffrees</b>	<b>Recettes</b>		<b>Dépenses</b>	
<b>Périodes</b>				
1982	39,2	milliards CFA	44,1	milliards CFA
1983	42,8	milliards CFA	47,6	milliards CFA
1984	47,2	milliards CFA	52,9	milliards CFA
1985	61,8	milliards CFA	64,2	milliards CFA
1986	69,18	milliards CFA	69,18	milliards CFA
1987	78,6	milliards CFA	78,6	milliards CFA

On constate depuis 1986 un certain équilibre en recettes et en dépenses.

En 1987, le revenu annuel de l'homme malien était estimé à 210 \$ US, et en 1990 à moins de 300 \$ US, ce qui classait le Mali parmi les 25 pays les plus défavorisés de la planète.

## SITUATION SOCIO SANITAIRE

Pendant la période coloniale, le Soudan Français ne disposait que de l'hôpital de Kayes à partir duquel furent créées 2 antennes; celle du Point "G" et de Kati en 1913.

Il y avait aussi avant le 22 Septembre 1960, 19 centres médicaux de cercles, 16 postes médicaux de subdivision et 122 dispensaires ruraux.

En 1987, l'Hôpital du Point "G"; Hôpital de Kati et l'Hôpital Gabriel TOURE (créé le 17 février 1959 et baptisé à la mémoire d'un médecin Burkinabé décédé dans l'exercice de ses fonctions ) sont érigés en hôpitaux nationaux.

On compte 6 hôpitaux régionaux ( Kayes, Sikasso, Segou, Mopti, Tombouctou et Gao) à cause de sa proximité du District de Bamako, Koulikoro n'a pas d'hôpital régional.

Les hôpitaux de Nioro, San, Diré et Markala sont des hôpitaux secondaires.

Les 46 cercles et les 6 communes du District de Bamako ont chacun un centre de santé. Chaque centre de santé comprend un dispensaire, une maternité, un service de protection maternelle et infantile (P.M.I.), un service d'hygiène et un service des affaires sociales. Chaque centre de santé de la commune comprend des dispensaires périphériques. Pour les 285 arrondissements il y a 236 centres de santé d'arrondissement et 225 maternités d'arrondissements. Pour les 1213 secteurs de développement économique il y a 443 maternités de secteur. Pour les 10.374 villages il y a 345 cases de soins de villages dirigées par les hygiénistes-secouristes et les accoucheuses traditionnelles recyclées.

L'Institut National de Prévoyance Sociale (I.N.P.S.) a créé 13 centres médicaux inter-entreprises (C.M.I.E.). Sur ces 13 centres médicaux inter-entreprises, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Koutiala, Ségou, San, Ségou, Gao,



Tombouctou ont chacun un centre et les 4 autres localisés dans le District de Bamako. L'I.N.P.S. possède aussi 3 centres de P.M.I. sises à Badalabougou, Niaréla et Kati et un centre dentaire à Bamako. Toutes les activités sanitaires menées par la sous Direction de l'action sanitaire sont coordonnées par un médecin coordinateur résident à Bamako.

Les chrétiens ont créé 26 dispensaires privés.

Au niveau national, on trouve certaines structures de spécialités:

- Institut National de Recherche en Sante Publique (I.N.R.S.P.)
- centre national d'odonto-stomatologie
- centre national de transfusion sanguine
- laboratoire de l'hygiène publique et de l'assainissement
- laboratoire de recherche de l'institut national prévoyance sociale (INPS).

La couverture en infrastructure sanitaire est très différente d'une zone à une autre. On a à Bamako une structure de prestation sanitaire pour une superficie de 27 km<sup>2</sup> alors qu' à Kidal on a une structure pour 16.000 km<sup>2</sup>.

Le découpage en secteur de développement économique dans les zones rurales avec l'implantation de structures de prestation aux chefs-lieux de secteur a permis de réduire les distances que les villageois ont à effectuer pour avoir accès aux soins .

Le manque de structures d'hospitalisation dans les communes, de même que l'insuffisance et le manque de personnel spécialisé font que les hôpitaux couvrent la plus grande partie de leurs activités aux consultations externes.

L'accessibilité à des soins spécialisés exige de plus longs déplacements, les hôpitaux se trouvant uniquement à Bamako, à Kati et dans les capitales régionales.

La prise en charge de la santé maternelle et infantile est le " baromètre " de la situation socio sanitaire d'un pays et à impliquer en 1980 la création de la Division Santé Familiale intégrée à la Direction Nationale de la Santé Publique.

Au moment de l'indépendance, notre pays avait un taux de mortalité infantile élevée qui atteignait plus de 200 ‰.

Une mortalité maternelle également élevée à environ 25 % du total des décès féminins enregistrés est liée aux complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Mais en 1987 ce taux a été réduit en moyenne à 125 enfants pour mille naissances

vivantes mourant avant l'âge d'un an.

Une forte mortalité des enfants âgés de 0 à 5 ans environ 250 ‰ est liée aux affections infectieuses avec des variations d'une région à l'autre pouvant aller jusqu'à 350 ‰ ( Mopti).

En 1983, l'UNICEF estimait que 13 % de nouveaux-nés ont un poids de naissance inférieur à 2,5 kg ( indicateur de déficience nutritionnelle et sanitaire chez la mère).

La malnutrition est répandue sur toute l'étendue du pays. En 1987, au niveau national, on a noté que 10 % des enfants âgés de 3 à 36 mois souffraient de malnutrition aiguë et 30 % d'un retard de croissance. Quarante six (46) %

des enfants de 0 à 4 ans présentent une malnutrition protéino-énergétique modérée et 4,9 % de la même tranche d'âge sont gravement affectés; et 30 % des jeunes de moins de 15 ans en souffrent.

Le taux d'enfants sains en consultation n'est que de 7,25 % dans les régions alors qu'il atteint 32 % dans le District de Bamako. Le taux de couverture en consultation pré-natale est de 15 % dans les régions alors qu'il est de 75 % à Bamako.

La fréquence de consultation en planning familial est faible, moins d'1 % de femmes en âge de procréer (15 à 45 ans), environ 7 % à Bamako; 16 % seulement des accouchements sont assistés au niveau national contre 46 % à Bamako.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) la cécité nocturne est endémique sur tout le territoire. Un programme de lutte contre l'hypovitaminose A au Mali est à l'étude. Un rapport de l'Organisation de Coopération pour le Développement Economique (O.C.D.E) de 1980 remarque que la période la plus critique est probablement l'âge de sevrage pendant lequel l'enfant mange principalement de la bouillie riche en céréales mais pauvre en lait et autres aliments.

Une enquête en 1980 dans les 1ère, 5ème et 7ème régions auprès d'enfants de moins de 5 ans a révélé une prévalence de cécité crépusculaire atteignant 12 %.

Soulignons aussi que 70 % des décès d'enfants de 0 à 5 ans sont imputables à 4 grandes pathologies infectieuses pouvant être prévenues, contrôlées par la vaccination et par des pratiques simples. Il s'agit de :

**la Rougeole** : elle constitue la 1ère cause de mortalité juvénile au Mali. Elle atteint chaque année entre 20.000 et 40.000 personnes au Mali, essentiellement les enfants, avec un taux de létalité de 7,2 %. Le nombre de cas de rougeole atteint généralement un pic pendant la saison froide sèche (Janvier - Mars).

**la Coqueluche** : elle touche trois fois plus d'enfants que la rougeole . La mortalité selon les différentes enquêtes était de:

Manantali 1986 : 10,6 % ( 0 - 2 ans).

Gourma 1985 : 3,7 % ( post natale) et 9,7 % juvénile.

Kolokani 1983 : 1,6 % (moins de 10 ans).

**le Tétanos** : il est très connu au-dessous du 15ème parallèle nord, il l'est moins dans le nord (surtout le tétanos néo-natal).

Au sud , en zone C.M.D.T, le tétanos néo-natal est la cause de 60 à 70 % des décès de nourrissons de 0 - 1 ans .

**la Poliomyélite** quant à elle, son taux d'incidence estimé au niveau des formations sanitaires est de 0,24 % par an.

On n'a pas de données concernant les enfants paralysés par cette affection.

En dehors de ces affections touchant électivement les enfants, d'autres affections sont prises en compte. Il s'agit de : la lèpre, l'onchocercose, du goître endémique

Le Ministère de la Santé Publique a estimé 2000 à 3000 cas de lèpre dépistés par an et la population concernée s'élève à 100.000 personnes dont les 2/3 sont concentrées dans les régions de Koulikoro et de Sikasso.

Selon l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E) l'extension de l'application de la polychimiothérapie permet au moyen terme de réduire considérablement le nombre de ces malades.

Le goître endémique constitue un problème de santé publique, surtout dans les zones de kati et de Tominian, contre lequel un programme de lutte est déjà en cours.

Le paludisme sévit sous des expressions épidémiologiques différentes du sud vers le nord comme l'atteste des enquêtes effectuées dans les différentes zones. Selon les différentes enquêtes menées, nous avons :

Enquête	Index plasmodique	Commentaires
ENMP Bamako en 1979 Bamako ville	80,7 %	proximité de
ENMP en 1979 (1%) des lames positives	7,5 %	zone sahélo-désertique
K.B.K. en 1981 sèche	63,8 %	Soudanienne saison
Diré en 1985	42,8 %	Sahel inondé l'hivernage
Manatali en 1986 désertique	57,2 %	Soudano-sahelo-

L'index plasmodique est toujours plus élevé chez les enfants (0 - 14 ans) . La majorité des cas (90 % ) est due au plasmodium falciparum.

Les schistosomiasés sont une préoccupation sanitaire surtout à cause des perturbations écologiques liées aux aménagements hydro-électriques. Leur prise en charge est faite par le programme G.T.Z basé au niveau de l'I.N.R.S.P.

**Le Choléra** : Il a fait sa première apparition au Mali en Novembre 1970 avec une forte épidémie provenant de la Côte d'Ivoire, courant le long du fleuve Niger et concentrée dans la zone de Mopti. Il n'a jamais été éradiqué; en septembre 1984, il y a eu une nouvelle vague violente provenant du Nigeria. Entré au Mali, à Gao, à travers le Niger, le cholera a été transporté par des voyageurs par voie fluviale, arrivant jusqu'à Ségou et passant en Mauritanie.

Actuellement, on estime qu'un foyer subsiste à Nara, à la frontière avec la Mauritanie.

Depuis cette dernière épidémie, le choléra resta au Mali sous forme endémo-sporadique. On a assisté à la réapparition de nouveaux cas dans les régions de Gao et de Tombouctou en Janvier 1985, ainsi qu'à Kayes en 1987. De nos jours, il existe sous forme endémo-sporadique surtout dans certaines zones à risques ( Mopti et Nara ).

Pour faire face à une endémie majeure qu'est l'onchocercose, le Mali a opté pour le Programme de lutte Contre l' Onchocercose (O.C.P), dont la 1ère phase centrée sur le bassin de la volta a été un succès.

La phase de dévolution est en cours dans les 7 pays ( côte d'Ivoire, Ghana, Bénin, Burkina Faso, Niger, Togo et Mali ) alors que la 2<sup>ème</sup> phase concernant les zones d'extension ouest-sud sont en pleine campagne de lutte.

Pour faire face au défi mondial qu'est le sida, notre pays a élaboré un programme national de lutte contre ce fléau, car l'évolution annuelle de ce problème d'actualité de santé publique est croissante. On a enregistré 1 cas en 1985, 5 cas en 1986, 23 cas en 1987, 99 cas en 1988, 106 cas en 1989, 242 cas en 1990 dont 9 cas chez les enfants de moins de 13 ans soit un total cumulé de 476 cas ( soit pour la seule année 1990 près de 52 % du

total des cas enregistrés en 6 ans). Beaucoup d'efforts sont à faire tant au niveau national, régional que local pour la mise en œuvre correcte des programmes à moyen terme contre le sida

Dans notre pays la principale caractéristique du personnel socio-sanitaire est son insuffisance. Ainsi le District de Bamako possède à lui seul plus de la moitié du total du personnel fonctionnaire de la santé pour une population représentant à peine 10% du total national. Cette disparité est manifestée dans la représentation suivante :

Médecin généraliste à Bamako 62%

Médecin spécialisé à Bamako 96 %

Infirmier d'Etat à Bamako 51%

Sages Femmes à Bamako 64%

Autres régions

Médecin généraliste 38 %

Médecin spécialisé 4 %

Infirmier d'Etat 49 %

Sages Femmes 36 %

A cela maintenant s'ajoute la répartition inégale entre le centre et la périphérie et surtout le manque en personnel spécialisé. Cette inégalité se trouve également dans la répartition du personnel à l'intérieur des régions. Par exemple à Gao en 1987, 62% des médecins disponibles se retrouvaient au niveau des chefs-lieux de région pendant que les cercles de Kidal et d' Ansongo étaient presque démunis.

Au mali la couverture sanitaire en personnel socio-sanitaire était en 1987 de:

- 1 Médecin généraliste pour 30 540 Habitants
- 1 Infirmier pour 4 835 Hbts
- 1 Ingénieur sanitaire pour 24 870 hbts
- 1 Technicien sanitaire pour 79 400 hbts

Alors que les normes retenues par l'OMS sont de :

- 1 Médecin généraliste pour 10 000 hbts
- 1 Infirmier pour 4 835 hbts
- 1 Ingénieur sanitaire pour 5 000 hbts
- 1 Technicien sanitaire pour 5 000 hbts

Un autre indicateur nous a paru pertinent à considérer, c'est l'évolution du budget de la santé de 1979 à 1985 selon le tableau.

**Tableau évolution du budget d'Etat et de santé.**

Années	Budget de Santé	Budget national	% Budget Santé Budget national
1979	2.806.511.000	38.292.209.000	7,32
1980	3.081.586.000	38.905.511.000	7,92
1981	3.487.819.000	42.589.419.000	8,18
1982	3.801.906.000	44.339.811.000	8,18
1983	4.104.145.000	48.154.458.000	8,52
1984	4.166.199.000	50.308.422.000	8,28
1985	5.591.549.000	38.459.258.000	7,85

Pendant la période considérée, on constate des différences significatives dans l'évolution du budget de la Santé, budget qui est resté toujours inférieur aux 10% du budget total selon la recommandation de l'O.M.S.



# POLITIQUE SANITAIRE

Avant l'accession de notre pays à l'indépendance en 1960, les actions sanitaires et sociales étaient sous la dépendance d'un inspecteur général de la santé de l'Afrique Occidentale Française (A.O.F.) installé à Dakar dont les prérogatives s'étendaient aux 7 autres territoires de l'ex A.O.F.

Après l'indépendance la République du Mali a mis en place une administration d'Etat comprenant un Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, dont les principales orientations vont être définies par les différents séminaires des travailleurs socio-sanitaires.

En 1968, le département de la santé fut morcelé en un Ministère de la Santé Publique et un secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales. Ces deux institutions fusionnèrent en 1972. Sous l'appellation de son ancien nom du Ministre de la Santé Publique des Affaires Sociale jusqu'au 25 Mars 1991, date à laquelle après la chute de l'ancien régime, un gouvernement provisoire fut mis en place comprenant un Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Feminine (dirigé par Mme SY Oumou Louise SIDIBE)

Notre pays a connu trois (3) séminaires .

En effet , en 1976, lors du premier séminaire national des travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Mali a opté pour une politique sanitaire basée sur le développement des services de santé de base par la formation des agents de santé villageois (hygienistes secouristes de villages), le perfectionnement des accoucheuses traditionnelles. Le premier séminaire a recommandé la primauté à la médecine préventive.

Le premier plan décennal élaboré en 1966 s'était fixé comme objectif la mise en place d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres des hôpitaux nationaux, tous étant impliqués dans une vaste entreprise privilégiant les actions de prévention, d'hygiène,

de soins curatifs essentiels, afin de parvenir à une couverture sanitaire satisfaisante de toutes les collectivités.

Le deuxième séminaire national a eu comme recommandation essentielle l'option pour la stratégie des soins de santé primaire définie selon l'OMS.

Les soins de santé primaire sont fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables.

Les soins de santé primaire comportent huit (8) volets:

- a) éducation concernant les problèmes de santé et méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- b) promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- c) approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base;
- d) protection maternelle et infantile et planification familiale;
- e) vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- f) prévention et contrôle des endémies locales;
- g) traitement des maladies et lésions courantes;
- h) fourniture de médicaments essentiels.

Les points importants du deuxième séminaire sont :

- chaque région doit commencer la formation d'un premier contingent de matrones rurales choisies parmi des femmes alphabétisées et mariées devant exercer au niveau des secteurs de base. Cette formation devait être assurée au niveau des chefs-lieux de cercles et cela pendant 6 mois parallèlement ; ont été formés pendant 6 mois des aide-soignants.
- la mise sur pied des pharmacies de villages et de secteurs de développements, gérées par les communautés elles-mêmes.

- les structures de santé d'arrondissement devaient comporter au moins une salle d'hospitalisation de médecine, un service de santé maternelle et infantile et une antenne de petite chirurgie.
- l'intégration des tradi-praticiens au sein des équipes de santé de village.

Quant au 3<sup>ème</sup> séminaire tenu en 1983 à Bamako, il devait faire l'évaluation des actions entreprises pour la mise en place effective des SSP. Il comportait un programme de réforme du système pharmaceutique et un plan décennal de développement socio-sanitaire (1981-1990)

Dans l'application de sa politique depuis le troisième séminaire, le Mali a mis en place les programmes suivants:

- programme de développement de la santé familiale
- programme élargi de vaccination (P.E.V.)
- programme de maîtrise de l'eau et d'assainissement de base
- programme de lutte contre les schistosomiasis
- programme de lutte contre le SIDA.

Pour la mise en œuvre de ces programmes, le Mali s'est heurté non seulement à leur ampleur mais surtout à la modicité des moyens dont il dispose pour leur réalisation, aussi le pays a recherché l'appui de certaines structures OIGs et ONGs, dont les actions ont été menées suivant deux cadres de coopération.

1°) Avant l'existence de l'Accord cadre.

L'appui des structures de coopération se manifestait en général sous formes de programmes conçus en dehors du Mali et surtout sans aucune référence en réalité du terrain d'application.

Il est même arrivé que certains nationaux aient créé des organisations financées par les bailleurs de fonds étrangers qui seuls décidaient du montant de l'enveloppe financière, des populations cibles à atteindre.

Il s'en est suivi d'une situation de confusion, de duplication entre les Organisations et sentiment de frustration pour les agents maliens devant travailler dans ces structures. Ce qui a amené l'Etat à définir dans un second temps un Accord-cadre de coopération pour les OIGs et les ONGs dont les principaux points sont les suivants:

**\* engagement des partenaires étrangers :**

Article 1 : L'ONG s'engage conformément à la politique de développement économique et sociale de la République du Mali à intervenir par des actions concrètes dans les zones et domaines énumérés.

Article 2: Dans le cadre des zones et domaines ci-dessus, les modalités doivent être précisées et déterminées soit avec les comités locaux de développement, soit avec les Départements Techniques dans le cadre de leurs programmes de développement .

Les programmes d'activités pourraient s'étendre ou être modifiées si les comités de développement ou les Départements Techniques en accord avec l'Organisation en expriment le besoin. Dans ce cas, le gouvernement doit être informé.

Article 3 : Conformément aux articles 1 et 2 ci-dessus, l'exécution de tout projet doit être l'objet d'un accord particulier entre les comités de développement, les Départements Techniques et l'ONG. Tout accord négocié entre l'Organisation et une personne physique ou morale, ne pourra être signé et exécuté qu' après approbation des comités de développement ou des Départements Techniques dès lors que ledit accord a une incidence sur un des projets ou programmes relevant de leur compétence.

Toutefois les accords particuliers pourront être conclus entre le Gouvernement et l'Organisation chaque fois que celle-ci participe à la réalisation de volets de projets nationaux.

Articles 4: L'Organisation s'engage à élaborer, à l'intention des Départements Techniques et de la commission nationale d'évaluation des activités des Organisations non Gouvernementales, un rapport annuel avant le 31 Janvier faisant le point sur l'exécution de ses projets.

Toutefois l'ONG est tenue de fournir tout document que le secrétariat peut lui demander.

Article 5: l'ONG s'engage à recruter du personnel national d'accord parties dans le cadre de la mise en œuvre de son programme. L'ONG est tenue d'observer la législation du travail en vigueur au Mali.

Article 6: Le personnel de l'ONG s'engage à œuvrer que dans le cadre strict de sa mission et dans le respect de la constitution et des lois maliennes.

Article 7: Le personnel expatrié de l'ONG arrivant au Mali se soumettra à la réglementation relative aux conditions d'entrée et de sortie des étrangers au Mali.

L'ONG est tenue de participer aux réunions locales, régionales ou nationales auxquelles elle est conviée.

Article 8: L'ONG s'engage à informer l'Administration malienne sur le déplacement de son personnel à l'intérieur du pays.

Article 9 : Le Gouvernement facilitera au personnel de l'ONG par l'entremise des comités de développement ou des Département Techniques en vue d'obtenir les informations et tous documents nécessaires à la bonne exécution de sa mission.

Article 10: Le Gouvernement fournira toute l'assistance dont le personnel de l'ONG peut raisonnablement avoir besoin pour remplir sa mission de façon satisfaisante et leur accordera aide et protection. Il tiendra informé les responsables de l'ONG de toute question que pourrait soulever la présence de son personnel expatrié en République du Mali.

Article 11: Le Gouvernement accordera au personnel expatrié de l'ONG les facilités administratives de délivrance de visas d'entrée, de séjour et de sortie, conformément aux dispositions en vigueur en République du Mali.

Article 12 : Le Gouvernement autorisera:

- l'admission temporaire des matériels, et véhicules utilitaires importés par l'ONG dans le cadre de ses activités.

- l'importation temporaire des véhicules de tourisme, à raison d'un véhicule par famille, et des équipements électro-ménagers du personnel expatrié de l'ONG dans les six mois qui suivent sa première installation au Mali.

- l'exonération des droits de douane et de toutes autres formes de taxes à l'exclusion de la contribution pour prestation de services particuliers rendus (C.P.S.), sur le mobilier du bureau, les matériaux , les pièces de rechanges que l'ONG importera dans le cadre de ses activités, ainsi que les effets de son personnel expatrié et de leurs familles.

- cette exonération ne s'appliquera pas aux carburants et lubrifiants; pour chaque contrat spécifique, une liste exhaustive précisera la nature, la quantité et la valeur des objets importés en exonération des droits et taxes de douane ou sous le régime de l'admission temporaire.

- l'exemption d'impôts et taxes sur les salaires, indemnités et autres rémunérations versés par l'ONG à son personnel expatrié.

Toutefois l'ONG qui reste soumise à la réglementation en vigueur en République du Mali en ce qui concerne le paiement des cotisations sociales pour son personnel national pourra facultativement étendre cette couverture à son personnel expatrié.

Article 13 : Le Gouvernement peut à tout moment dénoncer le présent Accord-cadre en cas de non observation de ses engagements par l'ONG, la dénomination entraîne immédiatement l'arrêt total des activités de l'ONG.

Article 14 : Tout différent entre le Gouvernement et l'ONG relatif à l'interprétation, l'application du présent Accord-cadre, s'il n'est pas réglé à l'amiable doit être réglé par voie de négociations diplomatiques.

Article 15 : Le présent Accord-cadre demeure en vigueur jusqu'au quatre vingt dixième jour qui suivra la date à laquelle l'une des deux parties aura notifié par écrit à l'autre son intention d'y mettre fin.

Article 16 : le présent Accord-cadre abroge toute disposition antérieure contraire restée en vigueur à compter de sa date de signature.

La signature de l'Accord-cadre se fait au niveau du Ministère de l'Administration Territoriale et du Développement à la Base, actuellement Ministère de l'Intérieur.



Au niveau de ce Ministère, il y a une cellule de création des Organisations au niveau de laquelle les partenaires fournissent des dossiers comportant entre autres:

- une demande manuscrite
- déclaration de l'Organisation
- statuts et règlements intérieurs de l'Organisation
- procès verbal d'assemblée constitutive
- liste des membres de l'Organisation
- une attestation de représentation de l'Organisation

Cette cellule envoie les dossiers aux Départements Techniques concernés et obligatoirement au Ministère du Plan.

Après l'avis favorable du Département Technique et du Ministère du Plan les dossiers retournent au Ministère de l'Intérieur pour la signature de l'Accord-cadre entre le Gouvernement et les Organisations concernées.

Les Organisations signent un protocole d'Accord; dans ce document les activités sanitaires sont bien précisées.

Pour les Organisations internationales, les dossiers passent par le Ministère des Affaires Etrangères et le protocole d'accord est signé avec le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales avant le démarrage des activités.

# **METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDES**

Le recueil des données s'est fait à partir de questionnaires figurant en annexe, comportant une partie destinée aux Organisations et l'autre partie destinée aux structures de prestations maliennes.

L'élaboration des questionnaires a commencé au mois de novembre 1989 et a pris fin au mois de décembre 1989.

Le choix des Organisations visitées a été fait sur la base des données fournies par le Centre de Coordination des Actions des Organisations non Gouvernementales (CCA-ONG).

Le travail sur le terrain a commencé au mois de mars 1990 et a pris fin au mois de novembre 1990 et peut être traduit par le diagramme suivant (voir en annexe). Au cours de l'enquête sur le terrain, nous avons rencontré quelques difficultés dont les principales sont:

- la lenteur administrative pour l'acheminement du courrier aux structures à visiter.
- l'absence de certains chefs d'Organismes à cause de leurs vacances (mois d'août et septembre).
- le report fréquent de certains rendez-vous pour raison de voyage, de séminaires ou de réunion des personnes à rencontrer.
- méfiance du secrétariat chez lequel on nous a souvent dit " pas de travail" , "pas de possibilité de voir le patron qui est très occupé".

La codification des données, leurs saisies informatiques et leurs analyses ont été faites par le chef de service informatique de l'I.N.P.S. grâce au logiciel. Dbase III.

Periode Lieux et Org.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.
Macina	CARE MALI								
Koulikoro		LACIM.TÉR- RANUOVA							
Quel'essébougo		UTAH - ALLIANCE CECI							
Banguinada									
BANANMBA			PLAN INTER- NATIONAL						
Dioïla			SNV						
Kangaba									
Seguêla				AMADE					
DIRE					AIFO				
Douentza						SAVE THE CHILDREN			
Kolondieba							SAVE THE CHILDREN USA		
Commune V								PNUD.FED UNICEF GTZ	
Commune III									OMS SE.CA.MA

# **ETUDES ANALYTIQUE DES ORGANISATIONS :**

## OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

L'Organisation Mondiale de la Santé est un mécanisme international des Nations Unies que plusieurs Etats ont choisi pour réaliser un objectif commun " la santé pour tous d'ici l'an 2000 ". Elle a reçu son mandat d'institution spécialisée des Nation Unies pour la santé internationale en 1946 et sa constitution est entrée en vigueur le 7 Avril 1948.

C'est pourquoi l'on célèbre chaque année à cette date la Journée Mondiale de la Santé.

L'OMS dispose au niveau de Bamako, un Bureau sous-régional regroupant 17 pays de la zone ouest Africaine. Il s'agit de 12 pays Francophones et de 5 pays Anglophones:

Algérie

Benin

Cap-Vert

Côte d'Ivoire

Gambie

Ghana

Guinée Bissao

Guinée Conakry

Libéria

Mali

Mauritanie

Niger

Nigéria

Sénégal

Sierra-Léone

**Les actions au Mali:**

- Lutte contre l'onchocercose
- Information du public et éducation pour la santé (AFROPOC)
- SMI y compris PF (AFROPOC)
- Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- Eau et Assainissement
- Appui à la planification socio-sanitaire.
- Renforcer et développer la capacité de planification de gestion et de la formation des agents
- Appui à l'initiative de Bamako dans les régions de Mopti, Sikasso et Koulikoro

**Les relations** : Protocole d'accord : Gouvernement du Mali-OMS

**L'esprit** : Politique : Santé pour tous d'ici l'an 2000

**Objectifs**: promouvoir le développement et l'amélioration des services de santé

- Rassembler, traiter et diffuser les information sur toutes les questions relatives à la santé publique.
- Promouvoir la recherche médicale ainsi que l'application des progrès les plus récents.

**Stratégie** : l'assistance technique et financière au projet présenté par le gouvernement .



**UNICEF** (United Nations International Children Fund).

*United Nations International Children FUND ou FISE .*

Fonds International de secours à l'enfance, dont le siège est à New-York.

**Zones d'intervention** : Mopti ; Gao; Tombouctou; Segou; Cercles de Kayes et de Nara.

**Les actions au Mali:**

- Projet de Développement des services de santé de la mère et de l'enfant  
H020/V021.
- Programme Elargi de Vaccination ( PEV)
- Plan d'opération UNICEF
- Appui à la planification et de la formation sanitaire et sociale
- Fourniture de médicaments
- Appui matériel et technique à des actions de santé
- Formation et perfectionnement des agents de santé.
- Formation continue et information des cadres intermédiaires de la santé
- Reduire de façon significative la morbidité maternelle, infantile et juvénile

**Les relations:**

**Protocole d'accord:** Gouvernement du Mali-UNICEF.

**L'esprit** : Politique : Tous ces projets vont en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, c'est à dire les cibles les plus vulnérables de la Société.

**Stratégie** : Collaborer parfaitement avec le Ministère de la santé, de l'action sociale et

de la promotion féminine.

**Objectifs** : Diminuer la misère et améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

## **PNUD**

( Programme des Nations Unies pour le Développement )

Institué en 1965 en tant qu'organisme de financement et de coordination de l'assistance technique de l'ONU aux pays. Le PNUD est financé par les contribution volontaires des gouvernements.

Le mandat du PNUD lui donne le rôle de coordinateur au niveau du pays, de toutes les activités opérationnelles de l'ONU pour le développement.

**Zones d'intervention** : Djenne; Douentza; Bamako.

### **Les actions au Mali:**

- Développement d'une methode logique d'approche de la surveillance nutritionnelle
- Programme Elagi de Vaccination (PEV).

**Les relations**: La coopération entre le Mali et le PNUD a plus de 20 ans.

**L'esprit**: Politique :l'assistance technique

**Zones d'intervention** : District de Bamako, Djenné et Douentza.

## **FED (Fond Européen de Développement)**

Le Fond Européen de Développement comprend 12 pays (de la Communauté Economique Europeenne CEE).

Zones d'intervention : Bamako; Kayes; Segou; Mopti; Gao; Tombouctou.

Les actions au Mali:

- Médicaments et vaccins essentiels
- Projet SSP Nioro Diéma
- Recherche sur la fécondité dans le cadre de la stratégie alimentaire.
- Construction du centre nationale de transfusion sanguine
- Construction des infrastructures sanitaires
- Etudier les facteurs de fécondité au Mali
- Doter le Mali d'un centre adéquat de collecte de sang
- Reduire le coût des médicaments
- Rationaliser l'importation et l'utilisation des médicament grâce à l'amélioration des moyens de diagnostic.
- Assurer le contrôle de la qualité des médicaments importés et fabriqués
- Améliorer les capacités de diagnostic des formations sanitaires des régions de Sikasso, Ségou, et Mopti.

**Les relatons.**

Protocole d'accord : Gouvernement du Mali

Partenaire : MS.P.A.S.F.

L'esprit politique : Appui financier aux actions de santé.

Zones d'intervention : District de Bamako, 1er, 4è, 5è, 6è, et 7è Régions.

Stratégie : Collaborer efficacement avec le MSPASPF.

Objets : Amélioration de l'état sanitaire des populations

- Intervenir dans les zones sinistrées

### **FENU ( Fonds des Nations Unies pour l'Equipement)**

Le Fonds des Nations Unies pour l'équipement est une organisation spécialisée de l'ONU qui s'occupe de l'équipement en matériel des pays pour leur développement.

zones d'intervention: Djenne et ses arrondissements ( Konio; Kouakourou; Mougna; Sofara et Taga).

#### **Les actions au Mali:**

- Construction et rénovation d'infrastructure sanitaire
- Dotation en équipement des services de santé.

#### **Les relations :**

Protocole d'accord : Gouvernement du Mali-FENU

Partenaires : Médecins-chefs des zones d'intervention

Zones d'intervention : Mopti, Djenné et arrondissements

L'esprit Politique : équipement des services de santé

Objectifs : Assurer une couverture suffisante en matériel et équipement socio-sanitaire.

## **COOPERATION SANITAIRE ITALIENNE**

La coopération sanitaire entre le Mali et l'Italie est récente mais elle est très dynamique.

Elle est " animée " par l'Association Italienne Amie de Raoul Folléreau ( AIFO) et Terra-Nuova.

Zones d'intervention : Kolokani; Badiangara; Dire (Arrondissement central; Dango; Haibongo; Saréyamou) et Kayes

**Les actions au Mali:**

- Médecine Traditionnelle
- Soins de santé primaires
- Construction et rénovation des infrastructures sanitaires.
- Formation et perfectionnement des agents de santé
- Fourniture de médicaments
- Appui matériel ou technique à des actions de santé.
- Formation continue et information des cadres intermédiaire de la santé

**Les relations :**

Protocole d'accord: Gouvernement du Mali

Partenaires : Médecins chefs et comités locaux de Développement (Diré, Kolokani,

Badiangara).

**L'esprit Politique:** Appui aux activités sanitaires des zones d'intervention.

**Objectifs** : Amélioration de l'état sanitaire des zones encadrées.

## **COOPERATION TECHNIQUE ALLEMANDE**

**( GTZ SSP- SCHOSTISOMIASE)**

L'Allemagne a été le premier pays à reconnaître la souveraineté nationale du Mali.

Elle a établi une coopération vieille et dynamique qui date des premières heures de notre indépendance.

zones d'intervention: Mopti et niveau National.

### **Les actions au Mali :**

- Les soins de santé primaire
- Le programme national de lutte contre les schistosomiases
- Planification familiale.
- Contrôle des maladies transmissibles
- Médecine du travail et l'hygiène de l'environnement
- Approvisionnement de base en Médecine
- Installation/Entretien des services médicaux
- Réhabilitation orthopédique
- Appui matériel ou technique à des actions de santé

### **Les relations :**

Protocole d'accord : Gouvernement du Mali-GTZ

Partenaires : INRSP et Médecins-chefs

L'esprit Politique : Appui au programme de SSP et programme de schistosomiase.

Stratégie: Collaboration étroite avec le système sanitaire Malien.

**Relations:** Accord-cadre : Gouvernement Malien-SAVE THE CHILDREN USA

**Partenaires** : Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine

- Direction régionale de la santé
- Médecin-chef.

**L'esprit Politique** : Amélioration de l'Etat sanitaire des enfants de Kolondiéba

**Stratégie** : Toute action est menée avec les comités villageois de développement établis au niveau de chaque village d'intervention.

**Projets intégrés** : santé / nutrition

hydraulique /agriculture

crédit/ épargne et petite entreprise.

éducation/formation et animation féminine.

## **PLAN INTERNATIONAL**

C'est une multinationale composée de huit (8) pays : Hollande, Canada, USA, Grande-Bretagne, Australie, Japon, Belgique, et L'Allemagne. dont le siège est aux USA.

**Zones d'intervention:** Banamba, Kangaba, et l'arrondissement de Sanakoroba (cercle de Kati).

### **Actions au Mali:**

- Survie de l'enfant et aider les initiatives de base.
- Infrastructures, équipements (des dispensaires et maternités)

Projet intégré : le programme de développement villageois inclu le service de l'agriculture, de l'hydraulique, de l'élevage, des eaux et forêts et de l'éducation.

## **LES AMIS D'UN COIN DE L'INDE ET DU MONDE**

Zones d'intervention: Kolokani; Douentza;

### **Les actions au Mali:**

- aide à toute initiative de base émanant des villageois

Les relations : Accord-cadre: Gouvernement Malien-LACIM

### Partenaires :

- Ministère de la santé publique , de l'Action Sociale et de la Promotion Feminine
- Ministère de l'Intérieur.
- Médecin-chef.

L'esprit Politique: Aide dans tous les domaines.

Stratégie : impliquer les populations en les laissant au devant de tous les projets.

Objectifs : Atteindre la santé pour tous et partout

Evaluation : par les visites et les rapports des médecin-concernés

Projets intégrés : Ils couvrent tous les aspects de la vie quotidienne de nos jumelages au Mali.

## **CENTRE CANADIEN D'ETUDES ET DE COOPERATION INTERNATIONALE**

Zones d'intervention: les arrondissements de Banguinéda; Tienfala; Koulikoro centre Konna; cercles de Mopti et de Youwarou.



- \* dispensaire
- \* hôpital

**Les relations:** Accord-cadre : Gouvernement du Mali-AFVP.

**Partenaire** : Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Promotion

Féminine.

**L'esprit Politique** : Appui financier

**Zones d'intervention** : Kolokani, Kita, Ségou, Niono, Kadiolo, Bandiagara, Youwarou, Ansongo, Gao (arrondissement de Kignan, Koudougou, cercle de Kayes).

**Objectifs:** Amélioration de l'état des infrastructures sanitaires

**Stratégie** : Collaboration avec les comités de développement .

## **Aide de l'Eglise Norvegienne**

(A.E.N.)

L'aide de l'Eglise Norvegienne, est une Organisation privée d'aide humanitaire constituée par plusieurs églises.

**Zones d'intervention:** Gourma-Rharous (Gossi).

### **Les action au Mali:**

- Construction ou renovation d'infrastructures sanitaires
- Appui aux SSP.
- Services sanitaires
- Creusage de puits et de forages

**Les relations :**

**L'esprit Politique** : Aider les populations à prendre leur destinée en main

**Partenaire** : UNICEF.

**Accord-cadre** : Gouvernement du MALI

**Stratégie** : toutes leurs activités sont réalisées en étroite collaboration avec les populations locales.

**Objectifs** : Au Mali, l'AEN a calculé les possibilités d'une assistance au développement à long terme.

## **SAVE THE CHILDREN**

"United Kingdom"

Est une Organisation non gouvernementale apolitique qui œuvre pour le bien-être des enfants à travers le monde sans distinction d'origine de nationalité, de race, de classe sociale et de religion de ces enfants.

**Zones d'intervention**: Douentza

### **Les actions au Mali:**

- immunisation de la mère et de l'enfant
- appui au développement socio-sanitaire du cercle de Douentza
- promotion de la santé de la mère et de l'enfant

**Les relations**: Accord-cadre : Gouvernement du Mali en 1984. SAVE THE CHILDREN-UK.

**Partenaires** : Direction régionale de la santé de Mopti

- Médecin-chef de Douentza

**L'esprit Politique** : Bien être de la mère et de l'enfant

**Stratégie** : repose sur un partenariat et non une substitution ou une tendance à évaluer de façon parallèle aux services de santé de cercle.

**Objectifs**: Si l'appui aux services de santé de cercle est primordial, il n'en reste pas moins, que Save The Children privilégie la promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

## CARE MALI

Care Mali est une O.N.G. américaine intervenant dans le cercle de Macina .

### **Les Actions au Mali :**

- P.E.V.
- Nutrition
- Education pour la Santé.
- Formation continue et information des cadres intermédiaires de la santé

**Les relations** : Accord-cadre : Gouvernement du Mali-CARE MALI

**Partenaires**: Direction Regionale de la Sante de Segou  
Médecin - chef de Macina.

**L'esprit Politique**: aider les populations à prendre leur santé en main.

**Stratégie**: intégrer les populations à toutes les phases d'élaborations des activités.

**Objectifs**: Amélioration de l'état Nutritionnel et sanitaire des populations .

En dehors de ces Organisations , dans la prise en charge de certaines activités spécifiques, diverses organisations humanitaires ont vu le jour.

**Il s'agit entre autres de :**

L'Union malienne des Aveugles (U.M.A.V)

Association malienne des handicapés physiques (AMHP)

Association malienne d'aide aux maladies mentales (AMAM)

Association malienne Raoul Follereau (AMRF)

Association malienne des amis

Amis de Samanko

Association malienne de lutte contre les déficiences mentales chez l'enfant

( AMALDEME )

Association malienne pour la promotion des sourds et  
sourd- muets (AMPSOM)

- Village d'enfants S.O.S. de Sanankoroba
- Comité national N'Daya-Mali
- Pouponnière.

# RESULTATS ET COMMENTAIRES

Au cours de notre étude, nous avons eu contact avec 7 O.I.Gs; 12 O.N.Gs et 13 Responsables sanitaires maliens.

L'analyse des résultats portera successivement sur:

- les types d'activités sanitaires menées
- les relations de coopération entre l'Etat et les partenaires étrangers ou  
entre les structures étrangères elles-mêmes
- le profil des agents maliens contactés.
- le degré de satisfaction de l'action menée

\* Types d'activités menées:

Pour les activités menées, il s'agit principalement du volet construction ou renovation d'infrastructures sanitaires, la formation et le perfectionnement des agents de santé et la fourniture de médicaments.

D'abord pour le premier volet 57,14% O.I.Gs s'y sont intéressées effectivement .

La proportion des O.N.Gs. ayant inclu ce volet dans leurs activités sont 83,33 %

Concernant la formation et le perfectionnement des agents de santé, l'effort s'est adressé surtout aux agents de santé communautaire au niveau périphérique (aides- soignants, accoucheuses traditionnelles, animatrices) respectivement 85,7 % O.I.Gs. et 83,33 % O.N.Gs. ont investi dans ce domaine.

Enfin, concernant les médicaments, pour la mise en œuvre de toute politique cohérente de santé, il est indispensable d'assurer un approvisionnement minimum en médicaments et en matériels. Cette préoccupation a été tenue en compte par 85,71 % O.I.Gs et 83,33 % O.N.Gs.

- Les relations de coopération avec l'Etat ou avec les structures étrangères entre , elles conformément aux Accords-cadres signés entre l'Etat et ces Organisations, doivent s'intégrer au programme de développement socio-sanitaire élaboré par les structures maliennes aux différents niveaux ( national, régional et local)

Dans ce cadre, il est important de signaler que 76,92 % des organisations ont leurs activités totalement intégrées dans les programmes de développement socio-sanitaire locaux.

Les liaisons existantes entre les partenaires étrangers et les structures maliennes sont des liaisons fonctionnelles pour la plupart: 57,14 % O.I.Gs. et 83,33 O.N.Gs.; liaisons s'appuyant toujours sur une concertation régulière avant la mise en œuvre des activités. Pour le suivi de ces activités, les structures nationales exercent des activités de supervision dans 38 % des cas, de simple concertation dans 61,53 % et de visites inopinées dans 7,69 % des cas.

### Relations entre les structures et les communautés.

Il a été constaté qu' avant le démarrage de toute action; qu'il s'agisse d'O.I.G ou d'O.NG des contacts préalables ont été pris avec les communautés sous forme de réunion de concertation dans 91,66 % des O.N.Gs. et 42,85 % des O.I.Gs, sous forme de meeting 25 % O.N.G et 28,57 % O.I.G. et par utilisation d'autres médias (Radio, télévision, théâtre etc..) pour 16,66 % O.N.Gs. et 14,28 % O.I.Gs. Ces concertations ont pour objet d'associer les

communautés à toutes les phases d'élaboration de programmes qui sont à exécuter.

Le profil et le nombre des agents maliens contactés:  
 au cours d'exécution des activités, différents types de personnel malien (médecins infirmiers d'Etat, du premier cycle, sages-femmes, techniciens sanitaires et de développement communautaire) sont engagés par les partenaires.

On a pu trouver aussi sur le terrain la duplication d'activités entre 2 partenaires sur la même aire géographique. Il en est ainsi de l'Organisation Save the Children à Douentza avec l'ODEM et des Organisations Internationales Gouvernementales GTZ dans ses programmes SSP, et Schistosomiasés au niveau national avec d'autres Organisations aux niveaux locaux.

- Le degré de satisfaction de l'action menée:

28,57 % O.I.Gs. et 75 % O.N.Gs. ont déjà mené à terme un projet sanitaire.

100 % O.I.Gs et 75 % O.N.Gs. sont satisfaites de leurs activités sanitaires au Mali.

61,53 % de partenaires maliens sont également satisfaits de l'action menée par nos partenaires au développement.

Sur l'avenir des activités, certaines suggestions ont été recueillies.

1°) D'abord du côté des partenaires maliens, il s'agit de :

- la continuation et la consolidation des activités menées



- l'intervention des partenaires expatriés pour résoudre au niveau local le

transport des malades de leurs lieux d'origine vers les centres mieux équipés.

- l'amélioration du niveau de prestation des accoucheuses traditionnelles en les dotant de trousse d'urgence et de médicaments essentiels.

- une meilleure programmation des activités par les partenaires étrangers afin d'éviter le retard d'exécution sur le terrain.

- un choix judicieux des expatriés dont le profil doit correspondre au mieux aux tâches qu'ils auront à exécuté.

- l'adoption de la formule d'appel d'offre pour l'achat des matériels et de médicaments.

2°) Du côté du personnel expatrié, on peut retenir:

- l'amélioration de la quantité et de la qualité des agents nationaux impliqués dans les projets.

- une plus large participation des populations à toutes les étapes de la gestion

du projet pour assurer la meilleure prise en charge locale lors du retrait des expatriés;

- un meilleur suivi pour l'approvisionnement en médicaments essentiels.

- une meilleure organisation et coordination des activités au niveau du personnel local en vue de rentabiliser au mieux les ressources mises à leur disposition.

# CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude traitant de la "contribution à l'étude des interactions entre le système d'aide des O.I.Gs. et O.N.Gs et le système sanitaire malien " a duré de Mars 1990 au mois de novembre 1990 et a concerné les régions de Ségou, Sikasso, Tombouctou, Kayes, Mopti et le district de Bamako; les cercles de Macina, Kati, Dioïla, Banamba, Kangaba, Diré, Kolondiéba, Kayes central et les arrondissements de Seguèla , Baguinéda, Ouéléssebougou).

Nous avons abouti aux principaux résultats suivants:

- s'agissant de l'intégration des activités des partenaires étrangers dans le système sanitaire malien, on a noté que 76 ,92 % des Organisations ont leurs activités totalement intégrées dans les programmes de développement socio-sanitaire locaux.
- pour éviter que les programmes mis en œuvre avec les partenaires ne périssent ou ne disparaissent après le départ de ceux-ci, les populations ont été associées à toutes les phases d'élaboration de ce programme en vue de pouvoir les prendre en charge et cela par des réunions de concertation dans 91,66 % de cas O.N.Gs et 42,85 % de cas O.I.Gs.
- les rapports existant entre les structures étrangères et les partenaires maliens sont de types fonctionnels pour 57,15 % des O.I.Gs. et 83,33 % des O.N.Gs.
- il a été constaté que les structures de coopération ont appuyé les structures maliennes dans 57,14% des O.I.Gs. et de 83,33 % des O.N.Gs,

- qu'il s'agisse de la formation et du perfectionnement des agents d'exécution dans 85,7 % des O.I.Gs. et 83,33 des O.N.Gs.,
- qu'il s'agisse d'appui financier et d'approvisionnement en médicaments on a noté 85,71 % des O.I.Gs. et 83,33 % des O.N.Gs.
  
- On a pu cependant relever certaines difficultés dans cette coopération:
  - \* difficultés surtout liées à la lourdeur administrative dans 66,6 % des O.N.Gs,
  - \* de sujétion financière dans 50 % des O.N.Gs et
  - \* du choix des zones d'intervention dans 0,33 % des O.N.Gs.

Pour une plus grande efficacité de l'action de ces structures de coopération nous avons jugé opportun d'apporter les recommandations suivantes :

- la sensibilisation des populations pour leur adhésion totale et effective en préconisant un engagement participatif en vue de la redynamisation des comités locaux de développement et une plus grande responsabilisation des partenaires sanitaires maliens à la signature de l'Accord-cadre entre les comités locaux de développement et l'Organisation étrangère.
- le relèvement du niveau de recrutement des agents maliens pour mieux préparer le retrait des structures étrangères.
- une meilleure définition du personnel expatrié en fonction des tâches qu'ils auront à effectuer effectivement sur le terrain.

Pour une meilleure adaptation des médicaments importés aux besoins des populations, nous invitons les structures étrangères à associer les

Responsables sanitaires locaux à la confection de la liste des médicaments essentiels qui est hiérarchisée de l'arrondissement au chef-lieu de région.

Jusqu'à présent, l'évaluation des activités sur le terrain de la plupart des structures étrangères se faisait par leurs bailleurs de fonds. A ceci devraient s'adjoindre les Responsables sanitaires et les Représentants des communautés.

Prévoir dans les Accords-cadres que les rapports d'activités des structures étrangères doivent être élaborés sinon avec les Responsables du secteur malien ou du moins avoir leur aval avant leur acheminement au Ministère de l'intérieur.

Afin de rentabiliser au mieux l'engagement de leurs ressources et éviter les duplications d'activités sur le terrain, nous souhaitons la création au sein du MSP-AS.PF, d'une cellule de coordination, d'organisation et d'évaluation des activités sanitaires des structures étrangères.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1. AMSELLE, J.L.**

Socialisme et pré-capitalisme au Mali (1960-1982)

Beverly Hills Sage, 1985

**2. ASAFED -UNICEF-CIE**

Analyse des besoins sanitaires nutritionnels et éducationnels du jeune enfant en milieu sahelien

Seminaire Bamako, 1983.

**3. Bagayoko, I.**

Emergence d'une bourgeoisie agraire à Bamako

Thèse de III eme cycle. Paris, 1982.

**4. BARRY LILIANE**

Politique de Santé Familiale au Mali.

Ministère du Plan Bamako, 1983.

**5. BAZIN - TARDIEU DANIELE**

Femmes du MALI

Leméac , 1975

**6. BERTRAND NEZEYS**

L'autopsie du Tiers Mondisme

Economical, 1988.

**7. CATHERINE COQUERY - VIDROVITCH. DANIEIL HEMERY -  
JEAN PIEL (eds).**

Pour une histoire du développement : Etats , Sociétés, Développement,

L'harmattan, 1988.

**8. CISSE SEYDOU**

Madersas et écoles coraniques

Thèse d'Etat en cours, 1989

**9. COMMISSION COOPERATION DEVELOPPEMENT**

Enquête d'estimation de l'aide privée mise en œuvre par le canal des associations de la loi 1901

Argent . Association Tiers-monde.

L'Harmattan, 1987

**10. COMITE DE COODINATION DES ACTIONS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNELENTALE AU MALI.**

Seminaire des soins de santé primaire O.N.G. - Santé, 1987.

**11. COULIBALY M.**

Malnutrition chez les enfants d' âge préscolaire au Mali.

Thèse ENMP, 1977.

**12. COULIBALY PAPA MAKOTE**

Contribution à l'Etude de la Mortalité Périnatale au Mali

Thèse ENMP Bamako, 1986

**13. DIANI F.**

Evaluation de la Situation Sanitaire au Mali

Thèse ENMP. Bamako, 1985.



**14. D.N.A.F.L.A.**

Seminaire National sur l'alphabétisation organisé avec le concours de BRED-UNESCO dans le cadre du programme régional pour l'élimination de l'analphabétisme en Afrique

Ministère de l'Education, 1985.

**15. HAUGHTON, J.**

Financement et réforme de l'éducation au Mali.

Banque Mondiale-PNUD, 1986.

**16. HILDERBRAND , K. THIAM, A. DOWLER , E.**

Food, Work, Health and nutrition : a comparative study of the seasonal effects

LSH & TM/CIPEA, 1988.

**17. JACQUES ADDA , MARIE CLAUDE SMOUTS.**

La France face au sud : Le miroir brisé

L'Harmattan, 1989.

**18. JAMANA**

Femmes Maliennes: Emancipation ou Aliénation ?

Jamana n° spécial - Bamako, 1985.

**19. JAMANA**

Jeunes du Mali: Quel avenir ?

Jamana n° 9 - Bamako, 1986

**20. JEAN - DOMINIQUE BOUCHER**

Volontaires pour le Tiers monde  
Karthala, 1986.

**21 . JEAN - JACQUES GABAS**

L'aide contre le développement ? (exemple du Sahel)  
L'harmanttant, 1988.

**22. JEAN N'GANDJEU**

L'Afrique contre son independance économique ?  
Diagnostic de la crise actuelle  
L'Harmattan, 1988.

**23. JOSEPH KLATZMANN**

Aide alimentaire et développement rural.  
Politique d'aujourd'hui, 1988.

**24. KAMANDA WA KAMANDA.**

Le défi Africain : une puissance économique qui's'ignore  
ABC, 1986

**25. KOUMARE M.**

Rapport sur les Activites de Recherche en Médecine Traditionnelle au Mali.  
INRSP Bamako, 1986.

**26. LEON DE VOS.**

Enfants et Femmes au Mali :  
Une analyse de situation  
UNICEF, 1989.

**27. LEON NAKA.**

Le Tiers Monde et la crise d'endettement des années 1980.

L'Harmattan, 1989.

**28. MARC CHERVEL , MICHEL LE GALL**

Manuel d'évaluation économique des projets :

La methode des effets.

Ministère de la Coopération et du Développement, 1975.

**29. MARIE STEPHANE MARADEIX**

Les O.N.G. américaines en Afrique:

Activités et perspectives de 30 O.N.G.

Ateliers du développement, 1990.

**30. MINISTERE DU PLAN**

Recensement de la population du Mali.

D.N.S.P, 1987.

**31. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Rapport sur la Politique de soins de sante primaires en République du Mali de  
1964 à nos jours

Seminaire, 1990.

**32. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

Plan décennal de développement socio-sanitaire 1981-1990.

MINISTERE DE LA SANTE Bamako, 1983.

**33. MONEKOSSO G.L.**

Accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains.

Rapport Annuel O.M.S. Brazzaville, 1989.

**34. NAFO FATOUMATA**

Etat de Santé des Enfants de moins de 10 ans à Kolokani

Thèse ENMP. Bamako, 1984.

**35. N'DIAGNE B.**

Groupes ethniques au Mali

Editions Populaires Bamako, 1970.

**36. O.M.S.**

Les Catastrophes Frappent Sans Prévenir

Soyons prêts !

Dossiers d'information pour la journée mondiale de la santé Genève, 1991.

**37. O.M.S.**

Les soins de santé primaire

La déclaration Alma Ata, 1988.

**38. PAUL SVEINALL.**

Programme Mali A.E.N.

Rapport Annuel, 1985.

**39. PISANI, L.**

Essai d'évaluation de la situation de la Femme et de l'Enfant en milieu  
sédentaire ou nomade

Rapport Provisoire, 1985.

**40. ROUX, F. AG RHALY.**

Le Goître endémique au Mali

Médecine et Nutrition N°5, 1983.

**41. RUDOLF , H. STRAHM**

Faits et chiffres en 84 tableaux sur les mécanismes du développement  
pourquoi sont - ils si pauvres?

A la Baconnière, 1987.

**42.TAMBOURA BA ALTI.**

Environnement de la Grossesse et poids à la naissance

Thèse ENMP. Bamako, 1985.

**43. TRAORE BABA; KONATE MAMADOU ; STANTON CYNTHIA.**

Enquête Démographique et de sante au Mali

CERPOD. Institut du Sahel, 1987.

**44.VELASQUEZ GERMAN**

Projet de reforme pharmaceutique

M.S.P/AS- C.E.E.

Rapport, 1987.

# **ANNEXES**

## I.- Introduction :

contribution à l'étude des inter-actions du système d'aide sanitaire des Organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales avec le système sanitaire Malien.

### A.- Identification de l'Organisation

1. Dénomination de l'Organisation
2. Tutelle

### B.- Dans quelle zone opérez-vous ?

District de Bamako:

Région de :

Cercle de :

Arrondissement de :

Secteurs de développement économique de:

Village de :

### C.- Quel est le nombre de personnels que vous utilisez ?

Personnel malien

Personnel expatrié

### D.- Activités sanitaires:

1. Types d'activités sanitaires menées:

- appui matériel ou technique à des actions de santé
- construction ou renovation d'infrastructures sanitaires:
  - \* maternité
  - \* dispensaire
  - \* centre de santé

\* hôpital

- formation et perfectionnement des agents de santé
- fourniture de médicaments

2. Avez-vous entrepris ces activités sanitaires dans le cadre d'un projet de l'Etat ?

Oui

Non

Est-elle venue de vous même?

ou sollicitée par l'Etat ?

3. Avez-vous réalisé ces activités sanitaires avec une autre Organisation?

Oui

Non

4. Y-a-t-il eu contact préalable avec les autres Organisations avant la réalisation de ce projet sanitaire?

Oui

Non

5. Quel a été le montant approximatif de vos dépenses pour la réalisation du projet.

**E.- Sources de financement**

1. Quels organismes ont financé ces opérations sanitaires ?

national

multinational

œuvre de bienfaisance

tiers personnes

2. Formes d'appui de l'organisme.

aide non remboursable

prêt remboursable



3. Avez-vous eu des contacts avec la population cible avant la réalisation du project ?

Oui

Non

4. Par quels moyens avez-vous sensibilisé la population cible pour la réalisation de ce projet ?

Meeting populaire

Réunion de concertation

Médias (radio, journal, autres)

5. Quel a été l'apport de la population cible pour la réalisation de ce projet sanitaire

main d'œuvre

apport financier

6. Avez-vous entrepris la réalisation de ces activités ?

- a partir de requête faite par l'Etat Malien

- par les collectivités elles-mêmes

- est-elle venue de vous même .

## F. Inter-action

1. Avez-vous rencontré des difficultés pour la réalisation de vos activités à type de :

- lenteur administrative

- sujétion financière

- choix du lieu d'activités

2. Avec quel type de personnel national travaillez-vous ?

médecins

sages-femmes

infirmiers

techniciens sanitaires

autres agents de la santé

3. Avez-vous déjà mené à terme un projet sanitaire?

Oui

Non

Si oui quel a été l'impact de ce projet sanitaire sur la population cible ?

Quels ont été les résultats ?

4. Votre organisme pense-t-il au transfert progressif de ces activités aux populations cibles ou au personnel socio-sanitaire.

Oui

Non

5. Existe-t-il de duplication de vos activités avec d'autres Organisations dans la même zone

Oui

Non

6. Existe-t-il entre vos différentes Organisations, une certaine collaboration sanitaire?

Oui

Non

7. Vos activités sont elles préalablement définies par l'Etat?

Oui

Non

8. Existe-t-il une bonne collaboration entre votre organisation et le système sanitaire malien ,s'agit-il des rapports ?

verticaux

horizontaux

avec ou

sans concertation

9. Etes-vous satisfait de la réalisation de vos activités?

Oui

Non

Que souhaiteriez-vous?

## SYSTEME SANITAIRE

### Identification du système sanitaire

1. Titre:

médecin-chef

médecin-chef adjoint

sage-femme

infirmier

T.D.C

2. Avez-vous été associé dès le départ à la mise en œuvre de l'activité de l'Organisation ?

Oui

Non

Si oui, avez-vous été simplement informé de cela et par qui ?

3. Quel est votre rôle dans le déroulement des activités de l'Organisation ?

coordinateur

sans rapport

superviseur

4. Est-ce que les activités de l'Organisation s'intègrent dans la programmation locale existante ?

Oui

Non

Si oui, dans quelle mesure ?

appui technique

appui logistique

appui financier

5. Avez-vous déjà participé à la programmation des activités de l'Organisation ?

Oui

Non

6. Quel type de rapport existe-il entre vous et l'Organisation dans la mise en œuvre de ses activités?

aucun rapport

concertation régulière

visites inopinées

supervision

7. Etes-vous satisfait de la collaboration de l'Organisation existante?

Oui

Non

Que souhaiteriez-vous

# RESUME

Nom : SAMAKE

Prénom: Hamadine

Année Universitaire : 1989-1990

Titre de la Thèse: Contribution à l'étude des inter-actions entre le système d'aide sanitaire des OIGs et ONGs avec le système sanitaire Malien.

Ville d'origine : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt: Bibliothèque de l'E.N.M.P.

## Résumé:

A partir de l'étude faite sur 7 OIGs, 12 ONGs et 13 Responsables sanitaires.

Nous avons tenté de situer les rapports entre nos partenaires au développement et les Responsables sanitaires Maliens.

Nous pouvons dire que les Responsables sanitaires Maliens sont satisfaits (61,53 %) des activités sanitaires menées par les partenaires étrangers; car leurs activités sont presque totalement intégrées (76,92 % ) dans les programmations locales existantes. Ils interviennent dans la formation et le perfectionnement des agents d'exécution qui constituent le pilier de notre système sanitaire.

Mots clés: OIGs ,ONGs, Responsables sanitaires maliens, satisfaits, intégrées, formation et perfectionnement , agents d'exécution.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigérai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne veront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.