



Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement

Rue de la science - 01 BP 594, Ouagadougou 01 - Burkina Faso.

Tél : (+226) 50 49 28 00 ; E-mail : 2ie@2ie-edu.org ; Site web : www.2ie-edu.org

Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali.

MÉMOIRE DE FIN D'ETUDE

pour l'obtention du Diplôme de

Master

Management des Entreprises et Organisations (MMEO)

Option

Management des Crises et Actions Humanitaires (MAH)

Présenté et soutenu publiquement le __/__/2016, par :

Boubacar DOUMBIA

Travaux dirigés par :

Jury d'Evaluation :

Président : -----

Membres & Correcteurs : -----

: -----

: -----

Promotion [2015 / 2016]

Avant - Propos

Dans le cadre de la formation à 2iE : Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement de Ouagadougou au Burkina Faso, chaque apprenant a l'obligation d'élaborer un projet ou d'effectuer un stage de fin d'étude. Cela consiste en une étude ayant pour objet, la résolution d'une problématique réelle d'une structure d'accueil, ou à l'élaboration d'un projet en relation avec son domaine de formation.

L'objectif de cette tâche est de permettre à l'apprenant d'appliquer l'ensemble des savoirs théoriques acquis lors de sa formation.

Conformément à cette exigence, la réalisation du présent projet se situe dans le cadre l'achèvement de ma formation à distance d'un Master-2 à 2iE en « Management des Entreprises et Organisations, Option : Management des crises et Actions Humanitaires (MMEO-MAH-2) ».

Le présent projet est effectué au sein du Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) de Niafunké, service déconcentré de l'Etat du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord au niveau Cercle.

C'est une étude qui traite d'un sujet d'actualité et très problématique, c'est-à-dire les interventions des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations vulnérables et victimes de la crise au Nord du Mali. Elle concerne spécifiquement la Commune de Soboundou, Cercle Niafunké dans la Région de Tombouctou au Mali ; qui est l'une des Communes de la zone d'action du SLDSES de Niafunké.

La présente étude se caractérise par son originalité et apparaît comme un ensemble d'éléments de réponses aux questions et contraintes que pose « la Gratuité des Soins » au Nord du Mali, suite à la crise humanitaire que le pays a traversée.

Dans le souci de contribuer à promouvoir l'accès aux services sociaux sanitaires de base par les populations victimes et vulnérables dans les régions Nord du pays, nous tenterons d'apporter notre modeste contribution à travers une évaluation des actions humanitaires dans ce domaine et à la recherche de solutions aux difficultés rencontrées par ces populations pour un accès aux soins et services de santé de qualité, dans un contexte post-crise.

Ce travail ne prétend guère être parfait ; par conséquent toutes suggestions tendant à l'améliorer seraient les bienvenues.

Nous présentons nos excuses anticipées aux lecteurs pour les insuffisances, les erreurs et les imperfections que renfermerait le présent document.

Dédicace

A

Ma Sœur Jumelle, Mme VIGNACQ Fatoumata DOUMBIA, et à Mon Epouse, Mme DOUMBIA Nassaran TOURE, qui ont toujours été présentes et disponibles pour me soutenir et m'encourager pour cette formation qui fut pour moi, un magnifique modèle de labeur et de persévérance.

Je les prie de trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et tout mon amour, pour leurs soutiens.

Remerciements

Le présent travail est la résultante d'efforts concertés et de capitalisation des expériences réussies.

Je tiens tout d'abord, à rendre Grâce au Tout Puissant, qui m'a permis et m'a facilité cette formation, et la réalisation de ce projet de fin d'étude.

Pour la réalisation de cet ouvrage, mes sincères remerciements vont à l'endroit de :

- ✓ **Toute ma famille** : pour leurs soutiens et leurs encouragements ;
- ✓ **Le corps professoral de 2iE** : pour la qualité de la formation ;
- ✓ **Le SLDSES de Niafunké**, plus particulièrement le Chef de Service : **Mr Ousmane Aly GATTA** qui a été un très bon encadreur tout au long de cette d'étude ;
- ✓ **Dr. Boubacar DICKO** : « *Mon Mentor* » qui a été mon bon conseiller depuis mon initiation en santé communautaire ;
- ✓ **Save The Children** : sa disponibilité et sa coopération ;
- ✓ **La Mairie de Soboundou** qui a bien accepté cette étude dans la Commune et a facilité l'accès aux informations bénéfiques indispensables pour la réalisation de l'étude ;
- ✓ **Le CSRéf de Niafunké**, à travers le Médecin Chef du District : **Dr Tite DEMBELE** et tout le personnel pour leur bonne collaboration ;
- ✓ Les autorités socio-sanitaires de Niafunké : les **ASACO/CSCom**, et la **FELASCOM** pour leur bonne collaboration tout au long de cette étude ;
- ✓ Le **Pr Hubert BALIQUE** en particulier, artisan chevronné de la santé publique, spécialiste des systèmes de santé dans les pays en développement et un des grands pionniers de la santé communautaire au Mali, pour sa disponibilité, ses critiques objectives sur le document, ses précieux conseils et sa rigueur de la démarche scientifique pour la réalisation de cette étude.

A toutes les personnes qui ont, d'une manière ou d'une autre contribué, de près ou de loin à la réalisation de ce document ;

Que tous trouvent ici l'expression de ma profonde et gratitude reconnaissance.

Merci !...

Résumé

Ce projet de fin d'étude porte sur l'analyse de la gratuité des soins dans la Commune de Soboundou, suite à la crise humanitaire que le Mali a traversée en 2012.

Il en ressort que ce système a contribué à la restauration des services de santé, et a permis à un grand nombre de personnes d'accéder à des soins dans les structures sanitaires. Cependant ce système présente des faiblesses et contraintes compte tenu de l'évolution situationnelle locale.

En effet, le système de gratuité mis en œuvre par certaines ONG, ne s'appuie pas essentiellement sur la Politique Sectorielle de Santé du Mali, qui présente pourtant des potentialités à capitaliser ; bien qu'un retour à la normale soit amorcé. Par ailleurs, cette gratuité s'avère être trop ambitieuse par rapport aux aides humanitaires qui la soutiennent.

Compte tenu de l'évolution du contexte, il faudrait donc un recadrage des efforts autour de l'aide, en s'appuyant sur les potentialités existantes et en impliquant davantage les acteurs concernés pour assurer des services de santé de qualité. Il faudrait aussi permettre une sortie progressive de la gratuité par la relance du système de santé telle que stipulée par la Politique Sectorielle de Santé du Mali.

L'achat des services de santé aux structures sanitaires à travers un système de Tiers-payant s'avère être un moyen efficace à cet effet. Cependant, il faudrait bien réfléchir à sa faisabilité selon le contexte local et à la façon de le greffer à la Politique Sectorielle de Santé du Mali.

Mots Clés :

1 - Aire de Santé

2 - Association de Santé Communautaire

3 - Centre de Santé Communautaire

4 - Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

5 - Santé Communautaire

Abstract

This final project study deals with an analysis of the free health care in the community of Soboundou following the humanitarian crisis which Mali went through in 2012.

It appears that this system has contributed to the restoration of health services, and enabled many people to access care in health facilities. However, this system has weaknesses and constraints due to the evolution of the local situation.

Actually, the free system implemented by some NGOs doesn't essentially rely on the Health Sector Policy of Mali, which nevertheless has the potential to capitalize; although a return to normalcy has begun. Moreover, this Free-care system turns out to be too ambitious in relation to the humanitarian aid that supports it.

Given the changing context, so it would take a reframing of aid efforts, relying on existing capabilities and greater involvement of stakeholders to improve its services. And also allow a gradual exit from the Free Care system to the revival of the health system as stipulated by the Health Sector Policy of Mali.

The purchase of health services in health facilities through a third-party paying system proves to be an effective means to achieve this goal. However, we should think carefully about its feasibility in the local context and adapt it onto the Health Sector Policy of Mali.

Key Words:

1 - Health Area

2 - Community Health Association

3 - Community Health Center

4 - Ten-year Plan for Health and Social Development

5 - Community Health

Liste des Abréviations

ASACO :	Association de Santé Communautaire
CPN :	Consultation Périnatale
CPON :	Consultation Postnatale
CROCEP :	Comité Régional d'Orientation de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CSCom :	Centre de Santé Communautaire
CSCRCP :	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DESAM :	Développement Sanitaire du Mali
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC :	Dépôt Repartitaire de Cercle
DRDSES :	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DV :	Dépôt de Vente
ECHO :	Service d'Aide Humanitaire et de Protection Civile de la Commission Européenne
FELASCOM :	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FERASCOM :	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
FFOM :	Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
IS :	Inspection de la Santé
LNS :	Laboratoire National de la Santé
MINUSMA :	Mission multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation au Mali
OCHA :	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PADL :	Programme d'Appui au Développement Local
PAP :	Programme d'Actions Prioritaires
PAPU :	Plan d'Actions Prioritaires d'Urgence
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPM :	Pharmacie Populaire du Mali
PRODESS :	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
PUARE :	Programme d'Urgence d'Appui à la Reprise Economique
RH :	Ressource Humaine
SCAC :	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SCI :	Save the Children International
SDADME :	Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels
SEPO :	Succès - Echecs - Potentialités - Obstacles
SLDSES :	Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire
SLIS :	Système Local d'Information Sanitaire
SR :	Santé de la Reproduction
SSB :	Soins de Santé de Base

Sommaire

Introduction	1
I. Objectifs et Hypothèses de l'Etude.....	8
II. Matériels et Méthodes	9
III. Cadre de l'Etude.....	12
IV. Résultats	17
V. Discussions et Analyses	22
Conclusion	43
Bibliographie	45
Annexes.....	47

Liste des tableaux

Tableaux	Annotations	Pages
Tableau-1	Répartition de l'échantillon dans les aires de santé	P-11
Tableau-2	Répartition des primes de Save the Children	P-18
Tableau-3	Consultations curatives réalisées pour l'année 2015	P-18
Tableau-4	Services SMI fournis pour l'année 2015	P-19
Tableau-5	Coûts des ordonnances de 3 pathologies	P-23
Tableau-6	Evolution consultations curatives et nouveaux contacts	P-26
Tableau-7	Références obstétricales	P-32
Tableau-8	Situation des ressources humaines des centres de santé	P-33
Tableau-9	SEPO/FFOM du Système de Gratuité	P-37
Tableau-10	Fiche signalétique du Volet Communautaire du Projet-SMI/Mopti	P-39

Liste des graphiques

Graphiques	Annotations	Pages
Graphique-1	Répartition des groupes sociaux processionnels de l'échantillon	P-11
Graphique-2	Difficultés évoquées par la population sur la Gratuité	P-19
Graphique-3	Répartition des personnes enquêtées confrontées à des ruptures de produits	P-20
Graphique-4	Répartition des opinions de la population sur la Gratuité	P-21
Graphique-5	Graphes comparatifs des coûts en cas d'IRA	P-24
Graphique-6	Graphes comparatifs des coûts en cas de maladies Diarrhéiques	P-24
Graphique-7	Graphes comparatifs des coûts en cas de Syndrome Typhique	P-25
Graphique-8	Répartition des prestataires qualifiés et non qualifiés	P-34

Liste des illustrations

Illustrations	Annotations	Pages
Illustration-1	Coûts de traitement en cas d'IRA si 2 produits sont en rupture	P-24
Illustration-2	Coûts de traitement en cas de Diarrhée si 2 produits sont en rupture	P-25
Illustration-3	Coûts de traitement en cas de Syndrome Typhique si 2 produits sont en rupture	P-25
Illustration-4	Evolution du nombre de Consultations Curatives de 2010 à 2015	P-35

INTRODUCTION

Le Mali est un pays vaste et enclavé. Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, il s'étend sur 1.241.238 km². Il est Peuplé de 16.955.536 d'habitants¹ en 2015, et compte 703 communes dont 37 urbaines, 49 cercles, 10 régions (dont deux nouvelles régions depuis le 19 janvier 2016) et le district de Bamako.

L'indice pauvreté est passé de 55,6 à 43,6 entre 2001 et 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165.431 CFA en 2010. Ainsi, on observe une baisse de la pauvreté nationale de 8,2 points entre 2001 et 2006 à 3,8 points entre 2006 et 2010.

A partir de 2010, le gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers, a investi massivement dans les secteurs sociaux de base (éducation, hydraulique villageoise et santé). Cela a conduit à des améliorations significatives de l'offre de services aux populations. Quant au processus de déconcentration et de décentralisation, d'importants efforts ont été accomplis avec la délocalisation des services sociaux mais aussi le transfert de compétences et de certaines ressources aux collectivités territoriales. L'un de ces acquis est aussi l'adoption et la mise en œuvre du processus de planification ascendante des actions de développement du niveau communal à l'échelle nationale.

Malgré toutes ces innovations institutionnelles, force est de constater qu'il existe toujours des freins importants qui contrarient la mise en œuvre des orientations et des dispositions des politiques de développement des secteurs sociaux de base.

C'est dans cette dynamique que survint une crise politique et humanitaire sans précédent au Mali.

1. Contexte

Cette étude se situe dans le contexte de la crise humanitaire de 2012 au Mali, qui a conduit à fragiliser la couverture des soins et services de santé dans les zones qui ont été affectées par le conflit armé.

1.1. Crise humanitaire au Mali

Suite au coup d'État du 22 mars 2012, le Mali a souffert d'une suspension de l'appui budgétaire sectoriel ce qui a eu comme conséquence un ralentissement des investissements. Au même moment, l'occupation par des groupes armés de 3 régions du Nord (et une partie de la région de Mopti) a divisé le pays en deux. 528.838 personnes ont été contraintes² de quitter la zone occupée, et de chercher refuge soit à l'intérieur du Mali, soit dans les pays voisins. Les populations restées sur place ont subi de très fortes restrictions de liberté avec l'application d'une certaine conception de la Charia. Diverses exactions furent commises à l'encontre des civils, qui ont souffert de l'absence de services de l'Etat dans tous les domaines. Les populations qui sont restées en place ont vécu dans un climat permanent

¹ <http://www.statistiques-mondiales.com/mali.htm>

² Données OCHA – 11 juillet 2013 - 353 455 Personnes déplacées internes - 175 383 réfugiés

d'insécurité.

Cette crise a considérablement contribué à affaiblir le système de santé. Les structures sanitaires ont fait l'objet de pillages. Le personnel socio-sanitaire s'était replié vers les régions non occupées, pour des raisons de sécurité. Durant la crise, le Ministère de la Santé, les agences Onusiennes et les ONG humanitaires ont essayé de répondre aux besoins urgents de santé. Aujourd'hui, si les régions du Nord sont sous contrôle de l'armée malienne soutenue par la Mission Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation du Mali (MINUSMA) depuis le 1^{er} juillet 2013 et par l'armée française (opération Serval puis Barkhane), la situation reste très précaire et instable. Depuis la libération des zones occupées en mars 2013, le retour à la démocratie par l'élection d'un nouveau Président de la République en août 2013, et celle des députés à l'Assemblée Nationale, le retour de l'administration et des services techniques est amorcé. Les populations déplacées et/ou réfugiées commencent timidement à faire leur retour³.

Cette situation d'insécurité et d'absence d'offres étatiques de services sociaux a produit des effets négatifs sur la santé des populations notamment sur les femmes et les enfants. Elle a entraîné des conséquences sanitaires, sociales et économiques importantes.

Cela s'est traduit par une baisse significative des indicateurs : la couverture des consultations externes n'était satisfaisante qu'à 20%, la couverture du Programme Élargie de Vaccination (PEV) à 65%, la couverture des interventions chirurgicales d'urgence non couverte à 82%. Il n'y avait que 35% des structures de santé fonctionnelles sur l'ensemble de la région, et près de 75% des structures de santé ont été détruites ou partiellement endommagées. L'insuffisance du personnel médical est la principale cause de couverture non optimale (83%)⁴.

La crise a également bloqué la fonctionnalité du système de référence-évacuation périnatale, et a considérablement limité l'opérationnalité des plateaux techniques de base ainsi que la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Cette situation a constitué un grave facteur de risque pour les femmes et leurs enfants, du fait de l'absence soudaine de soutien médical au niveau communautaire.

C'est dans cet environnement de chaos, que les autorités du pays avaient instauré la gratuité des soins pour assister les populations affectées par cette crise, à accéder aux soins et services de santé.

1.2. Instauration de la gratuité

Pour faciliter l'accès des populations en détresse aux soins de santé dans les régions Nord du pays, le Ministère de la Santé, à travers la Lettre Circulaire N° : 0700 / MS - SG du 21 mai 2012 (*Voir Annexe-1*)

³ 137 422 personnes retournées dans les 3 régions Nord dont 59 297 dans la région de Tombouctou - Données OIM - juillet 2013

⁴ Rapport Evaluation des structures de santé au Mali - Ministère de la santé - OMS- Juillet 2013

a instauré la gratuité des soins pour une durée de six mois.

La note circulaire stipule que : après les six mois de mise en œuvre de ce système de gratuité, une évaluation sera faite pour définir la prochaine étape. Elle a officiellement pris fin en décembre 2012 sans aucune reconduction officielle de la gratuité.

En attendant cette évaluation, les ONG urgentistes continuent à apporter leurs aides aux populations vulnérables victimes de ce conflit, à travers ce système de gratuité.

1.3. Volonté du Gouvernement du Mali à aller vers la relance du développement économique

Après le retour constitutionnel à la démocratie, plusieurs plans de redressement économiques ont été élaborés, parmi lesquels on peut citer : le « Plan Opérationnel de Gestion de l'Urgence Humanitaire au Mali », le « Plan de Relance Durable du Mali », le « Programme d'Urgence d'Appui à la Reprise Economique (PUARE) », le « Plan d'Actions Prioritaires d'Urgence (PAPU) ».

Le cadre de référence à moyen terme de la politique de développement du Mali est le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté de deuxième génération (CSCR-P-II), adopté en décembre 2011 pour la période 2012 - 2017. Le CSCR-P-II est assorti d'un Programme d'Actions Prioritaires (PAP), dont l'ordre de priorité a dû être bouleversé du fait de la crise que le pays a traversée.

Le PAPU résulte d'un exercice de priorisation du PAP du CSCR-P-II, dans un contexte de transition politique. Son objectif est de permettre au Gouvernement de répondre de manière efficace et rapide aux besoins urgents nés des crises successives ayant affecté le pays, on peut citer entre autres : le rétablissement du fonctionnement des services publics, la reconstruction et la réhabilitation des infrastructures de base et la reprise de l'activité économique.

Les principaux objectifs du PAPU 2013-2014 sont : outre les deux objectifs majeurs liés à la transition politique, consistant en un rétablissement de l'intégrité territoriale du pays par la reconquête du Nord et l'organisation d'élections générales transparentes et crédibles, le PAPU devait viser à : (i) assurer la paix sociale ; (ii) permettre la relance économique ; (iii) améliorer les conditions de vie des populations du Nord (aide d'urgence, éducation, santé, etc.) ; et (iv) créer les conditions de retour à une vie normale dans les zones libérées par la réhabilitation des infrastructures administratives, économiques, sociales et le redéploiement des agents de l'Etat.

Par ailleurs, suite à l'Accord pour la paix et la réconciliation du Mali, signé en mai/juin 2015 à l'issue d'un processus de médiation engagé en 2014 sous l'égide de l'Algérie, une conférence internationale⁵ pour la relance économique et le développement du Mali, s'est tenue à Paris le 22 octobre 2015.

Elle a donné lieu à 3 grandes sessions de débats autour des thèmes suivants : (i) Soutenir la mise en œuvre du processus de paix et de réconciliation pour répondre aux besoins immédiats des populations ; (ii) Partenariats et Ressources pour investir dans l'avenir aujourd'hui ; et (iii) Promouvoir un développement inclusif et durable par des mesures concrètes ; décentralisation ambitieuse et réaliste qui retient les priorités suivantes :

- privilégier l'accès aux services sociaux de base pour les communautés,
- consolider la paix et la cohésion sociale pour une sortie durable de la crise,
- renforcer la transparence et la bonne gestion des ressources publiques,
- lutter contre l'insécurité grandissante dans le pays et faciliter l'accès aux populations du Nord,
- assurer une transition humanitaire appropriée,
- accorder une place pour la Société Civile dans le suivi de la mise en œuvre de l'Accord,
- adopter une approche qui inclut tous les maliens.

Les conclusions de cette conférence montrent que le Mali bénéficierait d'un soutien financier conséquent pour sa relance économique et les 3 grandes composantes retenues sont :

1. Renforcer la paix, la résilience sociale et la gouvernance (RSS, DDR, réforme de la justice, justice transitionnelle, réconciliation, gouvernance et décentralisation, déplacement, résilience, réinsertion des rapatriés).
2. Rétablir et développer les services sociaux (éducation et formation, santé, eau et assainissement, aide sociale de court terme, élargissement des filets sociaux).
3. Promouvoir la reprise économique, l'emploi et les infrastructures (sécurité alimentaire, développement rural, agriculture, élevage, pêche, transports terrestre, aérien, fluvial, ferroviaire, télécommunications, secteur privé, durabilité environnementale).

Tout cela dénote une grande volonté du gouvernement du Mali à une reprise économique et à la relance du développement dans les régions Nord du pays ainsi que le soutien de la Communauté Internationale à cette entreprise.

2. Problématique

La gratuité des soins devrait officiellement prendre fin en décembre 2012. Le fait qu'aucune reconduction officielle n'ait été décidée, suscite un certain nombre de questionnements qui méritent des

⁵ Rapport de Mission de la Conférence de l'OCDE (22 Octobre 2015, Paris)

réflexions pour y trouver solutions :

- Comment promouvoir l'accès aux soins de qualité pour les populations du Nord du Mali à travers la gratuité ?
- Quel type de gratuité aux soins de qualité pour les populations du Nord du Mali : totale, partielle ou ciblée ?
- Quels mécanismes de financement et quels partenaires pour les services de santé dans les régions Nord du Mali : Etat, partenaires techniques et financiers, usagers des centres de santé ;
- Quelles modalités de financement à envisager pour avoir des services durables : achat de services, subvention de fonctionnement, recouvrement de coûts, mutuelle, tiers payant, etc.

Au lendemain de l'Accord de Paix signé en juin 2015, et face à la restructuration progressive du système de santé dans les régions Nord du pays, la question générale de l'évolution de la politique de santé pour le Nord du pays reste posée.

Il est donc important de voir quels sont les mécanismes existants ou passés sur lesquels il est possible de s'appuyer pour à la fois tenir compte des exemptions de paiement pour des populations victimes et vulnérables et permettre la relance nécessaire du système de santé et le retour des services nationaux régaliens.

Il serait donc très intéressant d'évaluer le mécanisme de gratuité mis en place et qui a permis l'accès aux soins de santé des populations des régions Nord du pays, pendant la crise.

Le système était conçu pour permettre un accès gratuit aux soins de santé de qualité des populations victimes et vulnérables ; cependant, la réalité du terrain est bien plus complexe.

La présente étude tire son objet de l'analyse des différentes évolutions situationnelles de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Elle est circonscrite à la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, Région de Tombouctou au Mali. Elle nous a amené à poser plusieurs questions importantes pour la mise en œuvre optimale d'une politique d'accès des populations vulnérables aux soins de santé de qualité en général et dans les régions du Nord Mali en particulier.

2.1. Questions de recherche

➤ Question centrale :

Quel est l'apport des interventions des ONG urgentistes sur le système de santé et dans l'accès aux soins de santé des populations ?

➤ Questions spécifiques :

- Quelles sont les actions menées par les ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations de la Commune rurale de Soboundou ?

- Quel est l'apport des actions menées par les ONG urgentistes sur l'amélioration de l'état de santé des populations de la Commune rurale de Soboundou ?
- Comment les ONG urgentistes pourraient-elles améliorer la relance du système de santé et l'accès des populations aux soins de santé ?

Ces différentes questions seront débattues, en mettant en exergues les faiblesses de la gratuité et en faisant des suggestions pour une meilleure utilisation des services et une relance du système de santé en post-crise.

3. Revue critique de la bibliographie

Des informations sur la gestion de crise, de l'aide humanitaire et de la gratuité des soins ont pu être examinées à travers les ouvrages exploités ; parmi lesquelles on peut citer entre autres :

Le rapport du Pr H. BALIQUE sur le Mali : « Recommandations pour la relance de l'action sanitaire dans la zone libérée » explique que : « la mise en œuvre d'un programme de gratuité devra se faire de façon progressive et parfaitement maîtrisée, en veillant à éviter toute rupture dans la disponibilité et la qualité de l'offre de soins, dont une grande partie continuera à être assurée par les organisations d'aide humanitaire d'urgence » (2013, 27 p).

Ce rapport stipule que la gestion d'un tel processus nécessitera la reprise en main par l'Etat du leadership sur le système de soins et des actions de santé qu'il avait perdu, dans le cadre d'une coordination optimale avec les représentants de ses partenaires.

Par ailleurs, plusieurs ouvrages comme : « La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? » ; « La gratuité des soins en questions » soutiennent que le système de gratuité a en général négativement affecté la qualité des soins si des subventions compensatoires de l'ensemble des charges des formations sanitaires ne sont pas assurées.

Au-delà de ces questions abordées dans ces documents, la présente étude mettrait en exergue, l'importance des potentialités locales existantes pour la réussite d'un tel système ; et comment envisager un retour progressif à la normale en situation post-crise, dans notre cas spécifique.

Ce sujet est d'actualité dans le contexte du Mali septentrional, très original, et apparaît comme une première évaluation de la mise en œuvre du système de la gratuité des soins de santé dans les régions Nord du pays.

Il s'attellera ci-dessous à faire une analyse de cette problématique et d'y apporter des réponses et d'éclaircissements à cette assistance humanitaire en matière de santé des populations en situation post-crise.

Ce mémoire est présenté comme suite. Une introduction qui donne le contexte et la problématique. Le

chapitre I fixe les objectifs et les hypothèses de l'étude. Le chapitre II précise l'ensemble des outils, matériels, procédés et méthodes utilisés par l'étude. Le chapitre III définit l'environnement général dans lequel se situe l'étude. Le chapitre IV expose les résultats obtenus des enquêtes menées. Le chapitre V porte sur les analyses et les discussions des résultats, en faisant un diagnostic détaillé du système de gratuité. Et enfin une conclusion qui donne les principaux résultats, les orientations et les principales recommandations retenues par l'étude.

4. Définition des concepts

Il convient ici, pour une meilleure compréhension des terminologies utilisées de définir les concepts suivants :

Aire de Santé : unité géographique de base abritant une population minimum de cinq mille (5.000) habitants et formant la zone de construction et d'intervention d'un CSCom ; elle est fixée de façon consensuelle entre les communautés concernées.

Association de Santé Communautaire (ASACO) : regroupement volontaire de personnes mettant en commun leurs efforts et leurs moyens financiers pour parvenir à un même but : à savoir, l'amélioration de l'offre des soins de qualité dans leur aire de santé. C'est aussi un groupement d'usagers du service public de la santé, pouvant être autorisé à créer et faire fonctionner un établissement de santé dénommé « Centre de Santé Communautaire ».

Centre de Santé Communautaire (CSCom) : établissement de santé de base créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion de l'ASACO mis en place par cette population. Il comprend au moins un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels.

Le CSCom a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (PMA). À cet effet, il est chargé :

- de fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations para-cliniques courantes ;
- d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;
- de développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial, vaccination, éducation pour la santé) ;
- d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation et communication).

Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) : document contenant l'ensemble des orientations stratégiques envisagées dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) : document contenant l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de cinq (05) ans dans le cadre du PDDSS.

Santé Communautaire : processus qui consiste pour les populations (individus, ménages et communautés) à s'organiser pour donner des réponses locales à la prise en charge de leurs problèmes de santé tout en développant des approches et en posant des actes dans ce sens.

Ces concepts constituent la base fondamentale de l'analyse de la problématique, dans l'environnement évolutif de la crise humanitaire au Mali. Ce qui a conduit à fixer les objectifs et hypothèses ci-dessous.

I. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

A partir de nos questions de recherche, les objectifs fixés et les hypothèses retenues pour l'analyse de la problématique de cette étude sont les suivants :

1. Objectifs de recherche

L'objectif de la présente étude est d'analyser l'accès des populations de la Commune de Soboundou aux soins de santé, en identifiant les apports des différents acteurs et en proposant des stratégies pour l'améliorer et le pérenniser. Pour ce faire, on a :

➤ Objectif Général :

Analyser l'apport des interventions des ONG urgentistes au système de santé et sur l'accès aux soins de santé des populations dans la Commune rurale de Soboundou.

➤ Objectifs Spécifiques :

Comme objectifs spécifiques, il s'agit de :

- Evaluer l'apport des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations dans les centres de santé de la Commune de Soboundou ;
- Analyser les effets des actions des ONG urgentistes sur l'état de santé des populations de la Commune de Soboundou ;
- Faire des suggestions pour améliorer l'accès aux soins de santé des populations et la relance du système de santé tel que prôné par la Politique Nationale de Santé et de la Population.

Pour ce faire, nous avons émis un certain nombre d'hypothèses.

2. Hypothèses de recherche

Les hypothèses émises pour cette étude sont les suivantes :

➤ Hypothèse Générale :

Les interventions des ONG urgentistes dans leur forme actuelle, ne favorisent pas la relance du système de santé et ne permettent pas un accès facile aux soins et services de santé de qualité par les populations.

➤ Hypothèses Spécifiques :

- Les ONG urgentistes n'ont pas un apport significatif dans l'accès aux soins et services de santé de qualité des populations de la Commune de Soboundou ;
- Les actions des ONG urgentiste détériorent l'état de santé des populations ;
- Une meilleure organisation des interventions des ONG urgentistes pourraient améliorer la relance de système de santé et l'accès des populations aux soins et services de santé de qualité.

Ces hypothèses qui sont des réponses anticipées aux questions de recherche sont formulées. Elles seront vérifiées à la fin de l'étude.

II. MATERIELS ET METHODES

La méthodologie de la présente étude s'articule autour de la recherche documentaire et de la collecte de données sur le terrain.

Comme dans tout travail de recherche, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés parmi lesquelles on peut citer : l'insuffisance des ouvrages spécifiques sur la crise malienne, la faible disponibilité de certaines personnes ressources, la méfiance et la réticence de certaines personnes interrogées, la communication en langues locales, les raisons sécuritaires qui ont réduit les déplacements dans la zone d'étude, l'insuffisance des moyens matériels, financiers et le temps imparti. Ces difficultés ont pu être surmontées grâce à la patience, la persévérance et surtout la volonté de mener à bien l'étude.

1. Recherche documentaire

Elle a consisté en la collecte et à l'analyse des informations livresques et des œuvres en rapport avec le thème.

Cette collecte des données a été menée dans des organisations, des structures socio-sanitaires de la région de Tombouctou et aussi sur internet. Elle a porté sur : des ouvrages, des rapports d'études, des mémoires de fin de cycle, des modules de formation, etc. (*Voir la bibliographie*).

2. Recherche sur le terrain

Cette phase a consisté à collecter et à rassembler des informations et des données pour être dépouiller, traiter, analyser et interpréter. Cette étape a utilisé des méthodes et techniques vivantes de recueil des données d'enquête qualitatives et quantitatives.

2.1. Lieux de la recherche

La collecte d'informations a été menée auprès des personnes ressources (ASACO/CSCCom, services techniques de l'Etat, ONG, Mairie), auprès des usagers des structures sanitaires et dans les familles/ménages de la Commune de Soboundou.

Elle s'est déroulée sur une période de un (01) mois environ, entre aout et septembre 2015.

La collecte dans ces lieux a permis de recueillir des données et informations pour la bonne réalisation de l'étude. Elle a utilisé les outils appropriés à cet effet.

2.2. Outils d'enquêtes

Pour cette phase, les outils utilisés ont été :

- Une grille d'observation pour s'imprégner des réalités du terrain et des conditions de travail dans les centres de santé (*Voir Annexe-2*) ;
- Un guide d'entretien pour avoir des informations qualitatives auprès des personnes ressources (*Voir Annexe-3*) ;
- Un questionnaire dans le but de recueillir des informations qualitatives et quantitatives auprès des usagers des structures sanitaires et dans les familles/ménages de la Commune (*Voir Annexe-4*).

Il est aussi à noter qu'un dictaphone a été utilisé pour recueillir les témoignages des populations et un appareil photo numérique pour la prise d'images.

Ces outils et moyens d'enquêtes avaient été jugés pertinents pour la collecte de données à cette phase.

2.3. Echantillonnage

La Commune de Soboundou comprend les aires de santé de Dioulabougou, Arabébé, Nounou et Andiam. Il fallait donc avoir la perception des populations de ces quatre aires de santé. Pour ce faire, l'échantillon de l'étude a été constitué de cent (100) sujets, répartis selon de poids de la population de l'aire de santé dans la Commune.

Il faudra signaler que des raisons sécuritaires réduisant les déplacements dans la zone nous ont fortement contraints à nous limiter à ces 100 sujets.

Le tableau ci-dessous donne cette répartition :

Tableau-1 : Répartition de l'échantillon dans les aires de santé

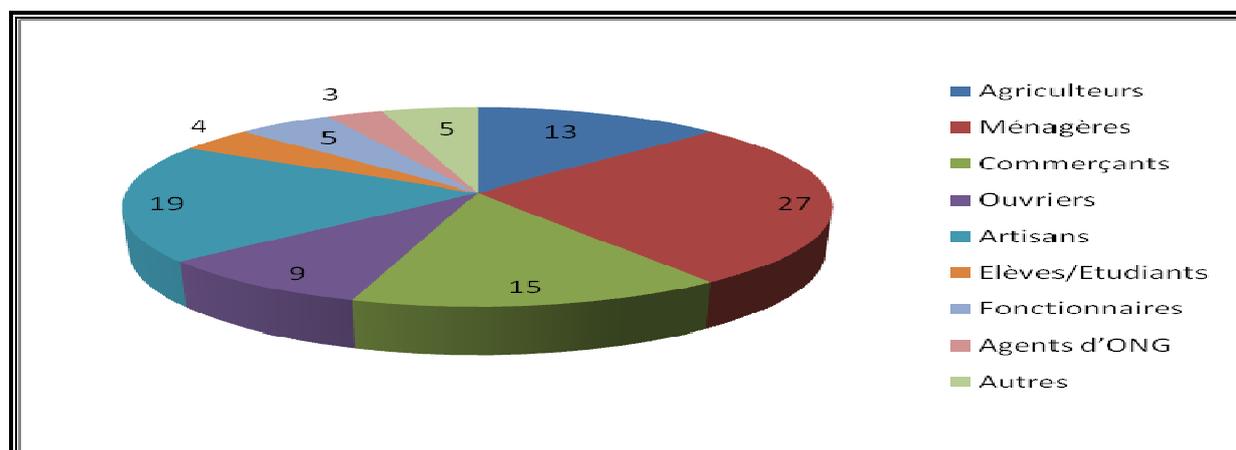
	Population Commune	Population Dioulabougou	Population Arabébé	Population Nounou	Population Andiam
Nombre	45 961	21 766	7 386	9 574	7 235
Poids (%)	100%	47%	16%	21%	16%
Echantillon	100	47	16	21	16

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Aout 2015

Cet échantillon se compose de 32% d'hommes contre 68% de femmes ; les âges sont concentrés entre 20 et 45 ans avec différents groupes sociaux professionnels : agriculteurs, ménagères, commerçants(es), ouvriers, artisans(es), élèves/étudiants(es), fonctionnaires, agents d'ONG, etc.

Le graphe ci-dessous donne la répartition des groupes socio-professionnels de l'échantillon d'étude.

Graphique-1 : Répartition des groupes sociaux professionnels de l'échantillon



Source : Enquêtes Aout-Septembre 2015 à Niafunké

2.4. Administration des outils d'enquêtes, traitement et analyse de données

L'administration du guide d'entretien a été faite en général en français et quelques fois en bambara. Elle a concerné : les services techniques, le personnel de la Mairie, les membres de la FELASCOM, des ASACO/CSCOM, les agents de l'ONG Save The Children.

Le questionnaire a été administré en Bambara, Sonhaï et Peulh ; ce qui a demandé l'appui de personnes parlant les langues locales. Le choix des personnes interrogées a été fait sur la base du volontariat, compte tenu du contexte environnemental, social et sécuritaire.

Une prise de note a suivi les différents entretiens. Aussi le dictaphone a été très bénéfique, car a permis de recueillir les témoignages des personnes interviewés.

L'analyse des données collectées et la rédaction du mémoire ont constitué la dernière étape de l'étude. Cette analyse a utilisé la Méthode de Résolution des Problèmes (MRP), qui est une méthode participative dont les outils facilitent l'apprentissage des adultes. L'application de la technique amène le

public cible à voir sa situation réelle, à réfléchir au fond d'elle-même pour rechercher les causes et les conséquences de cette situation : compréhension du problème et proposition de solutions.

3. Limite de l'étude

Malgré tous les efforts consentis, il semble important de signaler que la présente étude reste limitée parce qu'elle concerne la seule Commune de Soboundou. L'idéal aurait été de l'étendre à tout le district sanitaire de Niafunké, voire même à toute la région de Tombouctou. Mais compte tenu des raisons sécuritaires déjà évoquées, nous avons dû limiter notre zone d'étude. Par ailleurs, l'étude devrait faire une analyse comparative des bilans financiers et des comptes d'exploitations des centres de santé en situation de gratuité et en situation normale de recouvrement de coûts. Nous n'avons pas pu mener cette activité car le système d'archivage ne le permettait pas. Beaucoup de documents ont disparu lors de la crise et des personnes ressources n'étaient plus présentes.

Malgré ces difficultés, des efforts considérables ont été déployés pour mener à bien cette étude.

III. CADRE DE L'ETUDE

1. Présentation de la Commune de Soboundou

Niafunké, chef-lieu de la Commune aurait été vraisemblablement fondé vers le VII^{ème} siècle par des pêcheurs Sorko ou Bozo. C'est seulement vers 1400 à la faveur des migrations peulhs que l'on connaît l'histoire de cette zone très convoitée par les Ardo peulhs et empereurs du Macina, en raison de sa position stratégique et de ses immenses richesses naturelles, eaux, pâturages. Vers 1750 les Touaregs profitant du désordre qui régnait à Tombouctou s'emparèrent de Soumpi et étendirent leur domination sur toute la zone du Haoussa.

Le Soboundou avec Niafunké comme capitale, était dirigé par Guidado Gatta à l'arrivée des colonisateurs français. La conquête de Niafunké s'acheva en 1894 avec la colonne du Colonel Joffre. Le Cercle de Soumpi officiellement créé en 1896 verra l'administration militaire remplacée par une civile en 1903. Deux ans plus tard, soit en 1905, la capitale du Cercle sera transférée de Soumpi à Niafunké. En 1966, l'Arrondissement central fut créé et à la naissance de la décentralisation dans les années 1990, la circonscription qui décida de se constituer en une seule commune rurale avec l'ensemble de ses 50 villages.

La Commune est limitée à l'Est par les Communes de Tonka (Cercle de Goundam) et de Banikane-Narwaha, à l'Ouest par la Commune de Soumpi, au Nord par la Commune de Gargando (Cercle de Goundam), au Sud par les Communes de Fittouga, Koumaira et Sah (Cercle de Youwarou, Région de Mopti).

Elle couvre une superficie de 1.874 km².

En ce qui concerne son hydrologie, la Commune de Soboundou est très bien arrosée par le fleuve Niger et ces différents défluent (Dioni, Gonia). Elle est également perlée de lacs tels que le Takadji, le Koboro, le Dagha, et de mares telles que Goubou, Gouwar, Konfina, etc.

Quant au climat, il est de type saharien (16^{ème} degré de latitude Nord) avec deux saisons : une pluvieuse (juillet à septembre) et une sèche (octobre à juin).

La végétation, assez pauvre, est constituée d'espèces épineuses (acacias), de doums, de ligneux, d'herbes graminées telles que le Bourgou, etc.

Pour le relief, la Commune est divisée par le fleuve Niger en deux zones naturelles : le Gourma sur la rive droite et le Haoussa sur la rive gauche. Le relief est dans l'ensemble plat (200 à 400 mètres d'altitude), avec par endroits des résiduels de cuestas dans le Haoussa : Colline de Tondidarou, Roches de Tondifarma. Le Gourma est constitué de dépôts alluviaux du quaternaire récent.

Sur le plan démographique, la Commune de Soboundou, a un statut cosmopolite du fait que sa population vient de tous les horizons du Mali. En 2015, elle comptait environ 45.961 habitants (*Source : SLIS DRS/Tombouctou*) et 50 villages de Sonrhaï, Peulh, Bambara, Sorko, Bozo, Tamasheq, Maures etc., qui vivent en symbiose dans un esprit de partage et de tolérance.

Avec la présence de services déconcentrés de l'Etat, elle se trouve toujours confrontée à des problèmes d'ordres conjoncturel et structurel à cause du très faible niveau de vie particulièrement dans les villages où le taux de pauvreté est très élevé :

- très forte migration des jeunes constituant les bras valides ;
- taux élevé de 65% d'analphabétisme de la population pour des raisons d'ordre culturelles et traditionnelles ;
- insuffisance des ressources humaines (liée au taux d'analphabétisme)
- faibles appuis, voire manque d'encadrement des populations, parce que les services déconcentrés de l'Etat se trouvent généralement au niveau du chef-lieu de la Commune.

Enfin, pour ce qui concerne la situation sanitaire, la Commune de Soboundou compte un (1) CSRéf et quatre (4) CSCom fonctionnels pour quatre aires de santé : Dioulabougou, Nounou, Arabébé et Andiam. (*Voir Annexe-5 pour la Carte Sanitaire de la Commune de Soboundou*).

Les centres de santé de la commune fonctionnent selon la politique de santé définie par le pays. Mais force est de souligner que la mise en œuvre de cette politique sectorielle a été affectée depuis la crise de 2012.

2. Aperçu de la Politique Sectorielle de Santé au Mali

Le gouvernement du Mali a adopté la Politique Sectorielle de Santé et de Population, en 1990. Sa mise en œuvre basée sur la stratégie des soins de santé primaires à partir de l'Initiative de Bamako a contribué de façon significative à l'amélioration de l'état de santé des populations. Les stratégies prioritaires retenues comportent entre autres le renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de santé, les individus, les ménages et les communautés assurant leur propre santé. La nouvelle politique a exigé l'engagement de la société civile et des entités privées pour la gestion, le financement et l'amélioration du système sanitaire. L'Etat a transféré de responsabilités aux échelons locaux. Un des changements les plus importants était la création des ASACO. L'ASACO est un groupement communautaire qui s'organise pour exprimer la demande de la population de Soins de Santé de Base (SSB).

Selon la loi N° : 04-038, l'ASACO est reconnue comme une entité indépendante qui a le droit de recruter du personnel et de gérer ses propres ressources. Cette organisation a le pouvoir de demander la création d'un CSCom dans son aire de santé. Hormis les coûts de construction du bâtiment et la première dotation en médicaments essentiels, le CSCom fonctionne avec les revenus générés par la vente des médicaments et les frais de consultations.

La Politique Sectorielle de Santé et de Population est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'Initiative de Bamako, qui met un accent particulier sur le recouvrement des coûts et le recours aux médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI). Ses principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. L'extension de la couverture sanitaire se fait à travers la création des CSCom. Elle s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la couverture géographique et d'accessibilité financière à des services de santé dont la qualité est garantie. Telle qu'envisagée, l'extension intéresse l'ensemble du système de santé dont l'organisation verticale est bien précise :

- le premier échelon est constitué par les CSCom, les établissements de soins privés, et les établissements de médecine traditionnelle ;
- le deuxième échelon est constitué des CSRéf dans les cercles et district sanitaires ;
- les troisième et quatrième échelons sont constitués respectivement par les hôpitaux régionaux et nationaux.

L'émergence des collectivités territoriales, avec la décentralisation, a été cruciale pour l'ancrage de la démocratie et la promotion de la citoyenneté, le développement local et la lutte contre la pauvreté dans toutes ses dimensions. En effet, après quelques années de conceptualisation, d'élaboration du cadre

légal institutionnel et de négociations politiques, la décentralisation est devenue une réalité en 1999. Un des aspects importants du processus de décentralisation est la déconcentration des services publics qui devrait aller de pair avec la décentralisation démocratique. Les collectivités au niveau des communes, cercles et régions sont devenues les espaces légaux et appropriés pour le développement local.⁶ En 2002, le Décret N° : 02-314 PRM portant transfert de compétences aux collectivités territoriales en matière de santé a fixé les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux « Commune » et « Cercle » en matière de santé. De 2005 à 2008 des réformes ont été effectuées et plusieurs textes ont été édictés en vue de renforcer la mise en œuvre du Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS).

La décentralisation du secteur santé dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population a permis donc la création des CSCom définis comme le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé. Sa création procède de la volonté d'une communauté donnée regroupée au sein d'une ASACO de contribuer au financement de sa réalisation et d'assurer la prise en charge de son fonctionnement grâce à la tarification des actes.

Les CSCom assurent un ensemble d'activités curatives, préventives et promotionnelles désigné sous le vocable de Paquet Minimum d'Activités (PMA).

Par ailleurs, le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. Il a pour objectif «l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social du pays». Il est exécuté en quinquennat à travers le PRODESS.

Cependant, il faut souligner que la crise de 2012 a ébranlé la mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé. Suite à cette crise, l'accès aux soins dans le Nord du pays a été lourdement affecté.

Pour permettre aux populations en détresse d'accéder à des soins et services de santé de qualité, la gratuité des soins avait été instaurée dans les zones très affectées par cette crise humanitaire.

3. Gratuité dans le district sanitaire de Niafunké

L'Union Européenne (UE) est un contributeur majeur aux secours d'urgence pour le Mali. Depuis le début de la crise en 2012, la Commission Européenne a alloué un total de € 184 millions d'aide humanitaire au Mali (*Source : ECHO Factsheet – Mali Crisis – February 2015*). Ceci comprend une enveloppe de € 23 millions tirée du Fonds Européen pour le Développement (FED) visant à garantir l'accès aux services de base comme les soins de santé, l'éducation, l'eau ainsi que l'assistance alimentaire dans les régions septentrionales affectées par le conflit, jusqu'à ce que les services publics puissent être rétablis.

⁶ La Décentralisation au Mali : Du discours à la pratique, SNV et CEDELO, 2004

Depuis janvier 2013, les États membres de l'UE se sont engagés à contribuer € 128,6 millions supplémentaires d'aide humanitaire en secours aux maliens (*Source : ECHO Factsheet – Mali Crisis – February 2015*).

Le service de la Commission Européenne à l'Aide Humanitaire et à la Protection Civile (ECHO) a débloqué plus de € 8,7 millions pour garantir l'accès à des soins de santé gratuits et de qualité dans le Nord du pays (*Source : ECHO Factsheet – Mali Crisis – February 2015*).

Les organisations partenaires d'ECHO ont ainsi pu renforcer les établissements médicaux et garantir des soins de santé et nutritionnels de base à plus de 800.000⁷ personnes.

ECHO apparaît comme un des bailleurs clés des actions d'urgence humanitaire au Mali. Il finance des projets d'urgence humanitaire mis en œuvre par des organisations partenaires sur terrain. Dans la Région de Tombouctou, les organisations partenaires d'ECHO sont entre autres : International Medical Corps (IMC), Alliance Médicale Contre le Paludisme/Alliance for International Medical Action (AMPC/ALIMA), Save the Children.

ECHO à travers ses partenaires humanitaires soutient la politique de gratuité des soins de santé dans les zones affectées par le conflit dans les régions Nord du pays.

Save the Children intervient dans le cercle Niafunké, pour la mise en œuvre d'un programme d'urgence humanitaire en Santé/Nutrition, notamment le système de gratuité.

Save the Children est une organisation d'Aide Humanitaire créée en 1919. Elle est la plus grande organisation indépendante dédiée à la cause des enfants. Elle est présente dans 120 pays à travers le monde, et contribue à défendre les droits des enfants, les aider à réaliser leur développement dans leur plein potentiel et à sauver leur vie.

Save the Children intervient au Mali depuis plus de 30 ans. Le bureau de Bamako couvre le Mali et la Guinée. Depuis le 1^{er} août 2013, le Bureau du Sahel de Save The Children US est devenu Save the Children International (SCI) Mali & Guinée.

SCI a établi des rapports étroits de collaboration avec les partenaires techniques et financiers en vue de mettre en œuvre ses programmes. Elle a une grande expérience dans le domaine des urgences humanitaires. SCI est aussi une organisation de développement dont les programmes sont orientés vers les secteurs de la Santé, la Nutrition, la Sécurité Alimentaire et les Moyens d'Existence, la Protection de l'Enfant et l'Education.

Il faut aussi souligner la présence continue de Santé Mali Rhône-Alpes (SMARA), une ONG engagée dans le développement sanitaire depuis 30 ans dans le district sanitaire de Niafunké. Durant la crise humanitaire, ce partenaire de proximité a appuyé les structures sanitaires du district dans la gratuité des

⁷ ECHO Factsheet – Mali Crisis – February 2015

soins de 2012 à 2014, à travers les appuis du Service de Coopération et d'Action Culturelle SCAC de l'Ambassade de France et de la Région Rhône-Alpes.

La présente étude a permis d'atteindre des résultats qui seront présentés et discutés ci-dessous.

IV. RESULTATS

Ces résultats portent sur :

1. Actions de Save the Children dans la Commune de Soboundou

SCI intervient dans le district sanitaire de Niafunké dans le cadre de la mise en œuvre du « Projet de Réduction de l'Impact du Conflit Armé et de la Crise Nutritionnelle dans le district de Niafunké » en soutien aux populations affectées par cette situation à travers un financement ECHO. Ce projet a pour but de promouvoir l'accès aux soins de santé basé sur la gratuité pour les bénéficiaires ciblés dans le district sanitaire de Niafunké de la région de Tombouctou, en République du Mali.

A cet effet, les actions menées par SCI sont :

- Renouvellement périodique du stock des médicaments et consommables médicaux pour chaque structure sanitaire ;
- Mise à disposition du CSRéf de Niafunké d'une enveloppe mensuelle de 200.000 F. CFA, pour appuyer le fonctionnement ;
- Paiement d'un paquet de primes de motivation et fonctionnement au personnel des structures et institutions sanitaires. Ces primes sont réparties comme suite :
 - prime de base du personnel, pour garantir une motivation basique aux différents types de personnel des structures (CSCoM et CSRéf),
 - prime de performance du personnel, pour garantir une motivation ultérieure aux structures dont les personnels montrent un engagement particulier dans l'effort de fournir des services sanitaires de qualité (sur la base de certains indicateurs spécifiques),
 - prime de fonctionnement aux ASACO/CSCoM et CSRéf, pour leur permettre de supporter de façon autonome un minimum d'outils de gestion et de maintenance.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des différentes primes.

Tableau-2 : Répartition des primes de Save the Children

** Utilisation permise : (Prime de fonctionnement) entre dans l'appui des CSCom pour qu'ils puissent couvrir les besoins en petits matériels (fournitures de bureaux : bics calculatrice, carbone, agrafes, ...) en consommables des CSCom, eau pour le fonctionnement des CSCom etc.)*

Statut	Prime de fonctionnement (CFA)	Prime de personnel de base (CFA)	Prime de personnel de performance* (CFA)	Prime de personnel total* (CFA)	Prime total* (CFA)
CSRéf	0	0	400.000	400.000	400.000
CSCom Central	25.000	600.000	200.000	800.000	825.000
Autres CSCom	15.000	225.000	75.000	300.000	315.000
Clinique mobile	0	300.000	0	300.000	300.000

Source : Protocole d'Accord SCI - District de Niafunké 2014

- Appui du CSRéf en ressources humaines : médecin, infirmiers ;
- Appui à la formation des agents de santé des CSCom et du CSRéf ;
- Appui au fonctionnement de la chaîne de froid en répondant aux besoins (en pétrole, mèches, verres N°23 de chaîne de froid) en cas des grandes difficultés de fonctionnement du PEV) ;
- Réhabilitations mineures des infrastructures ;
- Appui à la supervision conjointe.

2. Apport des actions de Save The Children sur la santé des populations

A travers la gratuité des soins, SCI appui les centres de santé offrant ainsi des opportunités aux populations victimes et vulnérables d'accéder à des soins et services de santé gratuitement. Ces soins et services concernent les PMA CSCom et CSRéf.

Les tableaux ci-dessous donnent quelques indicateurs des services de santé (consultations curatives et services SMI/SR) au niveau des 4 CSCom de la Commune durant l'année 2015.

Tableau-3 : Consultations curatives réalisées pour l'année 2015

Structures	0-4 ans	Taux (%)	5 - 9 ans	Taux (%)	10- 24 ans	Taux (%)	25 ans et +	Taux (%)	Total	NC/an/
Arabébé	994	0,72	319	0,24	428	0,17	1176	0,40	2917	0,36
Dioulabougou	2460	0,60	432	0,11	656	0,09	824	0,10	4372	0,18
Andiam	12940	0,96	437	0,33	458	0,19	954	0,34	3143	0,39
Nounou	1541	0,86	478	0,27	682	0,21	1182	0,31	3883	0,37
Total	17 935	/	1 666	/	2 224	/	4 136	/	11 615	/

Les taux sont calculés sur la base de consultations réalisées sur consultations attendues dans l'année.

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Janvier 2016

Tableau-4 : Services SMI fournis pour l'année 2015

Structures	CPN	CPON	Acc. au CS	Nbre Femmes Référées	Nbre Femmes Evacuées	Nbre Naissances Vivantes	Nouv. Nés Référés	Nouv. Nés Evacués	Nbre Décès Maternels	Nouv. Nés Décédés av 7 ^{ème} jour
Andiam	271	65	65	0	2	45	0	0	0	1
Arabébé	517	105	112	19	0	115	0	0	0	1
Dioulabougou	1055	253	250	21	11	254	3	0	0	1
Nounou	330	133	105	0	4	110	0	0	0	0
Total	2 173	556	532	40	17	524	3	0	0	3

CPN : consultation pré-natale ; CPON : consultation post-natale

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Janvier 2016

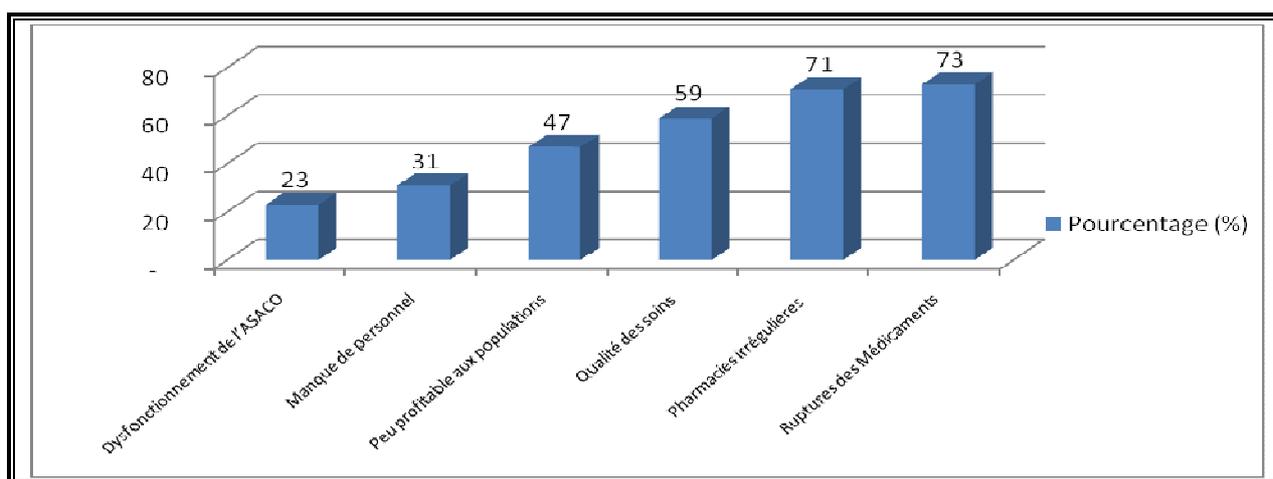
La crise humanitaire a affecté l'accès aux soins et services de santé. Les appuis de SCI ont favorisé une restauration de l'offre des services de santé dans la Commune de Soboundou, permettant ainsi à un grand nombre de personnes d'accéder aux soins et services de santé.

3. Difficultés rencontrées par les populations pour l'accès aux soins

Plusieurs difficultés ont été évoquées par les populations. Elles concernent : la qualité des soins, le manque de personnel, le dysfonctionnement des ASACO (dans la tenue de réunions statutaires et à assurer ses rôles et responsabilités de maître d'ouvrage de la santé), les ruptures de stocks de médicaments, la prolifération de pharmacies irrégulières, etc.

Le graphe ci-dessous indique l'importance relative de ces grandes difficultés évoquées sur la gratuité.

Graphique-2 : Difficultés évoquées par la population sur la gratuité



Source : Enquêtes Aout-Septembre 2015 à Niafunké

Commentaires :

Les principales difficultés évoquées ont été : les ruptures de stocks très fréquentes des médicaments dans les centres de santé, une baisse significative de la qualité des soins et services surtout au niveau de l'accueil. Ce qui entraîne le fait que les populations n'en bénéficient pas convenablement comme

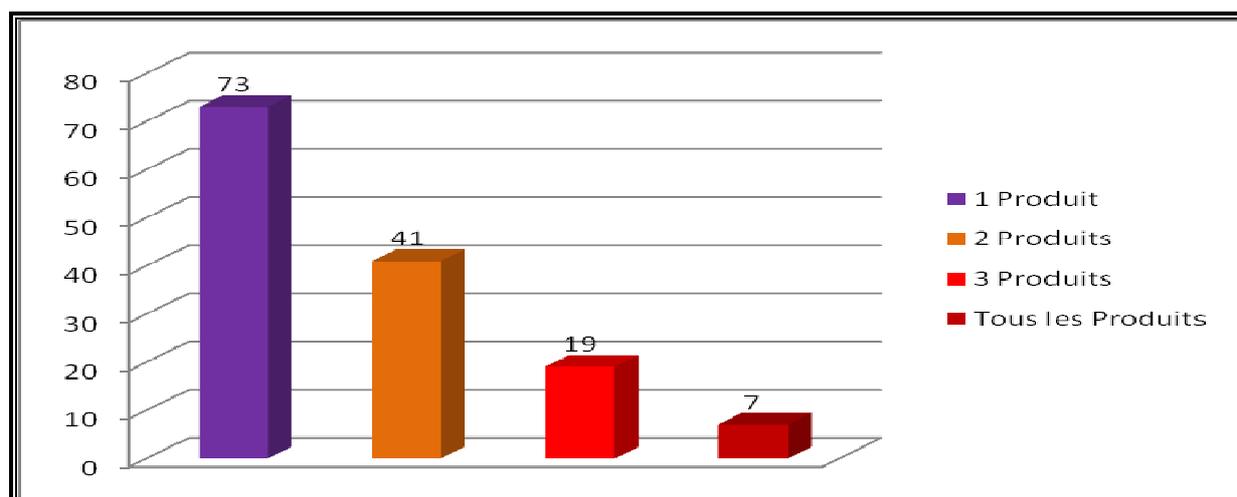
souhaité.

On a : 73% des populations enquêtées qui soulignent des ruptures de stocks de médicaments ; 59% se plaignent de la qualité des services surtout du mauvais accueil ; et près de la moitié, soit 47% estiment qu'ils ne bénéficient pas des services gratuits de santé, qui est le but principal du système.

D'autres difficultés ont aussi été évoquées comme : la prolifération des pharmacies irrégulières (Dépôts de Vente irréguliers) qui découlent des ruptures très fréquentes de médicaments dans les centres de santé ; l'insuffisance de personnel soignant et le dysfonctionnement des ASACO qui sont de sérieuses menaces à la relance du système de santé dans la commune.

Les ruptures de médicaments sont très fréquentes. Le graphe suivant donne la proportion des personnes enquêtées qui ont déjà été confrontées à une situation de ruptures de produits et/ou de médicaments, au moins une fois.

Graphique-3 : Répartition des personnes enquêtées confrontées à des ruptures de produits



Source : Enquêtes Aout-Septembre 2015 à Niafunké

Commentaires :

73% des enquêtés déclarent avoir été confrontés au moins une fois à la rupture d'un produit prescrit ; 41% au moins une fois à la rupture de 2 produits ; 19% au moins une fois à la rupture de 3 produits et 7% au moins une fois à la rupture de tous les produits prescrits.

Il ressort des analyses que les médicaments mis à la disposition des centres de santé par SCI sont très insuffisants et aussi selon des témoignages des autorités sanitaires, qu'ils ne répondraient pas aux prescriptions des agents de santé. (Voir Annexe-6 pour des photos d'étagères de DV de CSCOM).

SCI estime que ces ruptures de stocks sont liées aux prescriptions irrationnelles des agents de santé et a même procédé à la formation de ces agents de santé sur « la prescription rationnelle ». SCI dit aussi prendre des dispositions pour que les médicaments du panier ne soient jamais en ruptures dans les

centres de santé. Mais le constat sur terrain est que les ruptures sont toujours très fréquentes et aussi généralisées dans tout le district sanitaire et même dans toute la région de Tombouctou comme l'atteste le Comité Régional d'Orientation de Coordination et d'Evaluation du PRODESS de 2015 (CROCEP) : un taux régional de rupture des médicaments du panier de 30% et de 20% pour le district sanitaire de Niafunké (Source : CROCEP-2015 Tombouctou).

Ceci nous a amené à nous poser la question suivante : que pensent les populations de la gratuité des soins ? Cette question a conduit à faire une enquête d'opinion auprès des populations sur ce système.

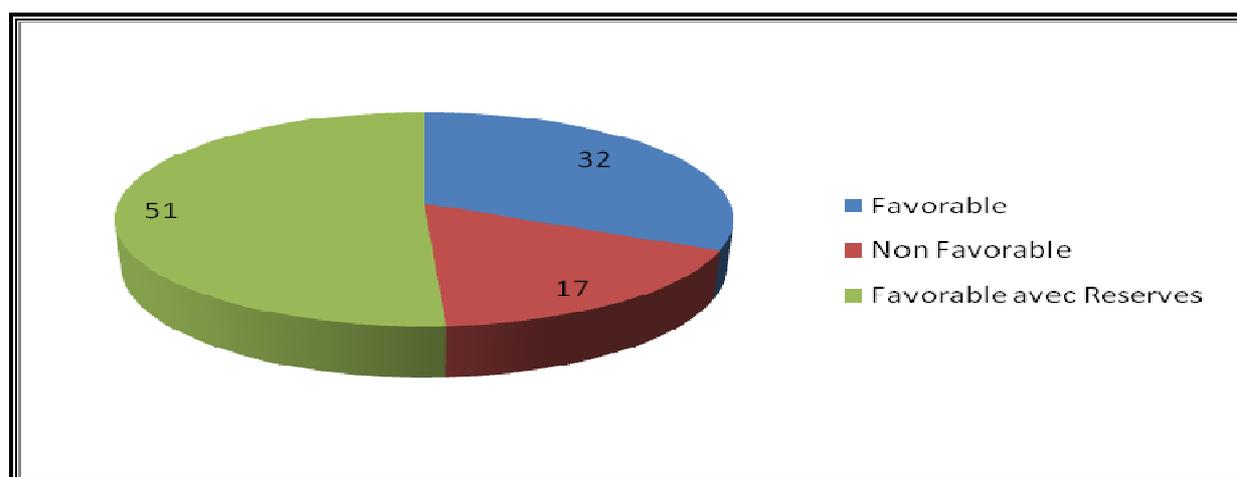
4. Enquête d'Opinions sur la Gratuité au niveau des populations

Les résultats de cette enquête d'opinions ont concerné seulement les avis des populations bénéficiaires et des usagers des centres de santé de la Commune. En effet, les avis des autorités socio-sanitaires sur la question peuvent paraître biaisés pour des conflits d'intérêts selon leur position.

L'objectif fondamental de toute action humanitaire est d'apporter des aides aux populations en détresse pour soulager leurs souffrances. C'est pour cela qu'il nous a paru important d'orienter cette enquête d'opinions vers ces bénéficiaires finaux afin de mesurer leurs perceptions et leurs appréciations du système de la gratuité.

Le graphe ci-dessous donne la répartition des différentes opinions sur la gratuité des populations enquêtées.

Graphique-4 : Répartition des opinions de la population sur la gratuité



Source : Enquêtes Aout-Septembre 2015 à Niafunké

Commentaires :

32% des populations enquêtées sont totalement favorables et 17% rejettent en bloc la gratuité, car la jugent non efficaces.

51% sont favorables au système de gratuité sous réserves à des corrections aux difficultés soulignées.

Les suggestions faites à ce niveau ont été :

- D'augmenter les ressources pour :
 - ne plus avoir de ruptures de stocks de médicaments dans les centres de santé,
 - améliorer la qualité des services à travers un personnel de qualité et en quantité.
- D'orienter les services de la gratuité vers les couches les plus vulnérables de la population comme : les femmes (en âge de procréer, enceintes et allaitantes), les enfants, les plus pauvres, les indigents ; c'est-à-dire la « *Gratuité Ciblée* ».

Ces perceptions endogènes des populations prennent appui sur la MRP. Ce qui leur a permis de bien cerner le problème et de réfléchir à des pistes de solutions qui seront discutées ci-dessous.

V. DISCUSSIONS ET ANALYSES

Les informations et données recueillies ont donné lieu à des analyses et discussions pour apporter des éclaircissements et des réponses à la problématique de départ.

Ces analyses et discussions porteront d'une part, sur les actions de SCI pour l'accès des populations aux soins et services de qualité, et d'autre part à faire un diagnostic du système de gratuité et de proposer des pistes de solutions pour améliorer la qualité des services de façon pérenne.

1. Discussions et Analyses des Résultats

Ces discussions et analyses concernent : l'apport des actions de SCI sur l'accès clinique des populations aux soins et sur la gouvernance de la santé par les autorités socio-sanitaires.

1.1. Apport des actions de Save The Children

Les discussions à ce niveau ont porté entre autres sur les points suivants :

1.1.1. Sur l'accès des populations aux soins et services de santé

Le principe de la gratuité est de permettre l'accès gratuit des populations aux soins et services de santé de qualité. La réalité du terrain ne respecte pas cette logique et pour illustrer cette situation, nous avons procédé à l'analyse des coûts de traitement des pathologies les plus fréquentes, à savoir : les Infections Respiratoires Aigües (IRA), les Maladies Diarrhéiques et le Syndrome Typhique.

Le paludisme, bien qu'il soit l'une des maladies les plus fréquentes n'a pas fait partie de cette analyse car, les antipaludéens ne sont en général pas en rupture, car bénéficiant des appuis de l'État dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Il s'agit de faire une comparaison des coûts des soins dans différentes situations. Il a d'abord été collecté les coûts des ordonnances de traitement de ces 3 pathologies dans le CSRéf avec le barème en

vigueur, et dans l'officine de Niafunké, qui est la seule pharmacie régulière de la Commune et le seul recours légal en cas de ruptures de produits pharmaceutiques.

Les tableaux ci-dessous donnent les coûts des ordonnances de traitement de ces 3 maladies.

Tableau-5 : Coûts des ordonnances de 3 pathologies

IRA				
N°	Produits	Coûts (F. CFA)		
		DV-CSRef	Officine	Différence
1	Ampicilline 1g, 6fl	1 038	2 400	1 362
2	Seringue 10 cc, 6unités	372	600	228
3	Carbocysteine 2% 1fl	607	1 200	593
4	Paracétamol Sirop 1fl	290	1 500	1 210
Total		2307	5 700	3 393

Diarrhée				
N°	Produits	Coûts (F. CFA)		
		DV-CSRef	Officine	Différence
1	Metronidazole Sirop 1fl	524	1 000	476
2	Cotrimoxazol Sirop 1fl	435	1 000	565
3	SRO+Zing 1sachet	196	625	429
Total		1 155	2 625	1 470

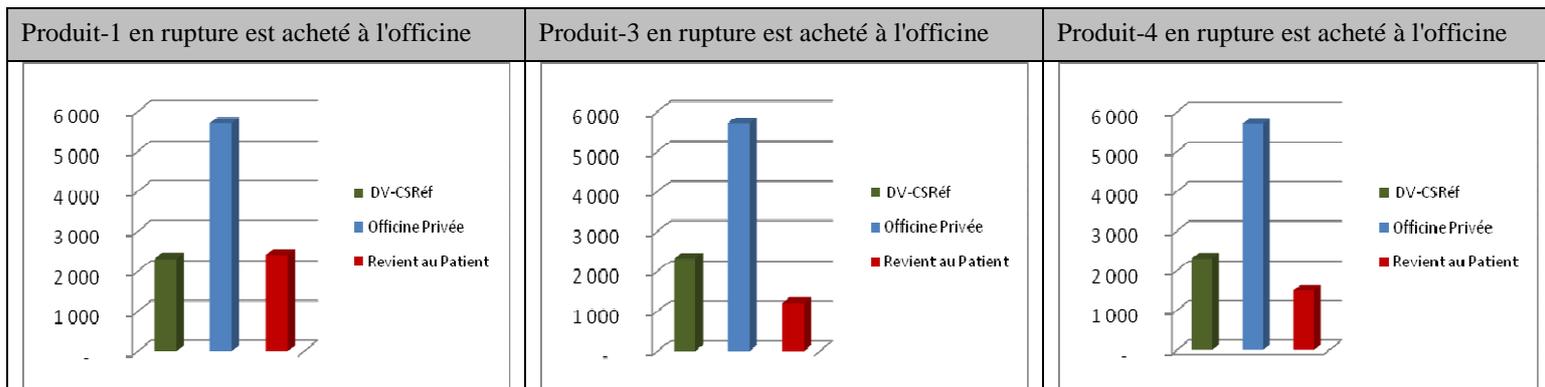
Syndrome Typhique				
N°	Produits	Coûts (F. CFA)		
		DV-CSRef	Officine	Différence
1	Celtriaxone 1g, 12fl	13 512	18 000	4 488
2	Seringue 10 cc, 12unités	744	1 200	456
3	Metroclopramide inj, 4amp	364	1 000	636
4	Paracetamol 500 mg, 20cp	98	200	102
Total		14 718	20 400	5 682

Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

La rupture de médicaments étant la difficulté la plus évoquée par les populations, l'exercice consiste à faire une comparaison des coûts de revient du traitement au patient en cas de rupture de produit.

❖ Pour les IRA :

Graphique-5 : Graphes comparatifs des coûts en cas d'IRA



Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

Au cas où 2 produits sont en ruptures (le plus cher et le moins cher), on a :

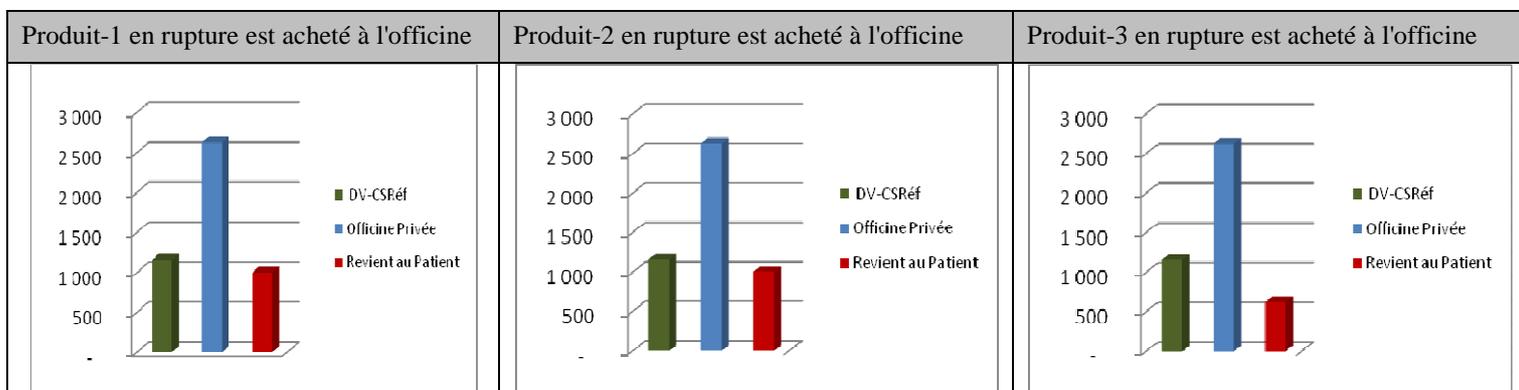
Illustration-1 : Coûts de traitement en cas d'IRA si 2 produits sont en rupture

Tableau des Coûts				Graphe comparatif des Coûts	
Produit-1&2 en rupture sont achetés à l'officine					
Produits	Coûts DV	Coûts Officine	Coûts de Revient		
Produit-1	1 038	2 400	2 400		
Produit-2	372	600	600		
Produit-3	607	1 200	Gratuit		
Produit-4	290	1 500	Gratuit		
Total	2 307	5 700	3 000		

Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

❖ Pour les maladies Diarrhéiques :

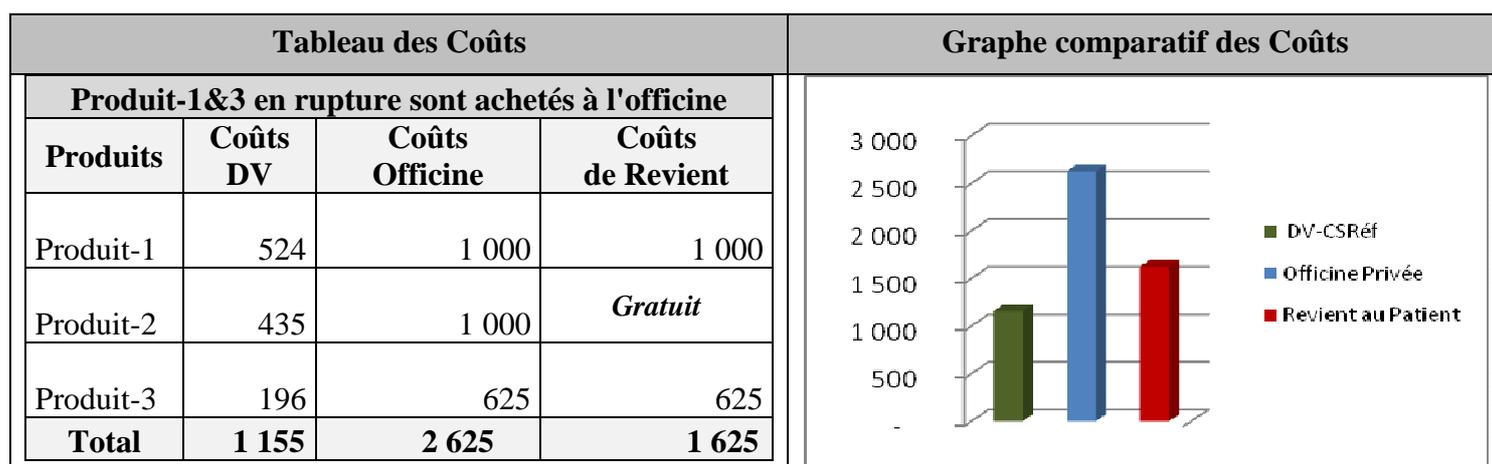
Graphique-6 : Graphes comparatifs des coûts en cas de maladies Diarrhéiques



Source : Propre enquête Aout 2015 à Niafunké.

Au cas où 2 produits sont en ruptures (le plus cher et le moins cher), on a :

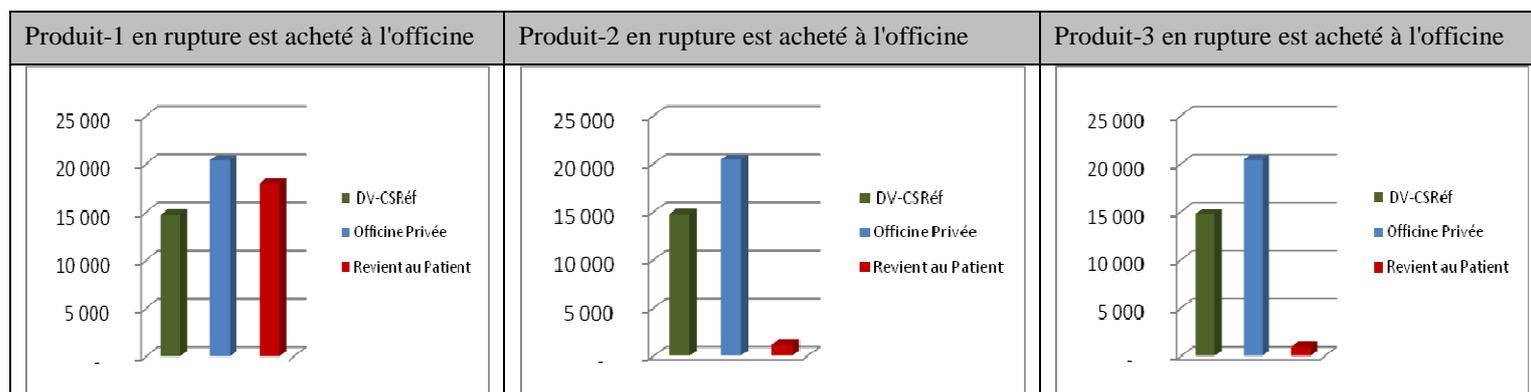
Illustration-2 : Coûts de traitement en cas de Diarrhée si 2 produits sont en rupture



Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

❖ Pour le Syndrome Typhique :

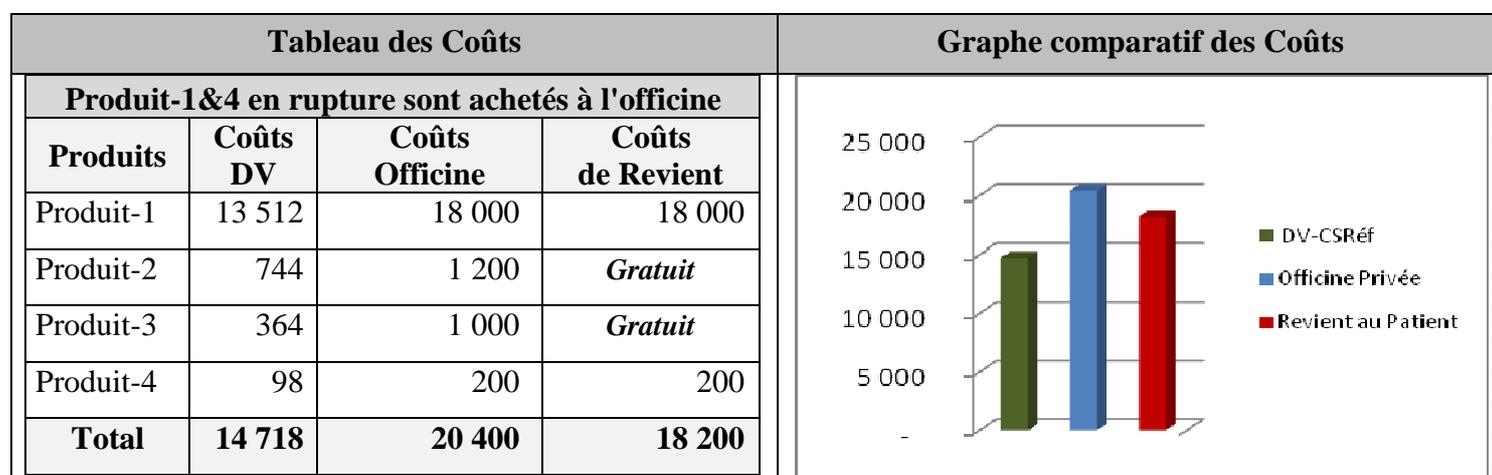
Graphique-7 : Graphes comparatifs des coûts en cas de Syndrome Typhique



Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

Au cas où 2 produits sont en ruptures (le plus cher et le moins cher), on a :

Illustration-3 : Coûts de traitement en cas de Syndrome Typhique si 2 produits sont en rupture



Source : Enquêtes Aout 2015 à Niafunké.

Commentaires :

Il ressort de ces analyses comparatives des coûts que : souvent, en cas de rupture d'un produit prescrit, les coûts de revient de traitement au patient restent plus élevés que si les produits devaient être achetés dans les DV des centres de santé publiques dans une situation de recouvrement des coûts, sans ruptures ; et en général, il suffit que 2 produits soient en rupture, pour que les coûts de revient des soins et services soient nettement supérieurs aux coûts produits dans une situation de recouvrement des coûts sans ruptures de médicaments.

Il faut souligner que cette analyse ne porte pas sur les frais de consultation et des actes médicaux qui sont 100% gratuits dans ces centres de santé (CSCCom et CSRéf).

On retient donc que : 73% des enquêtés ont déboursé au moins une fois, pour acquérir des produits et médicaments pour leur traitement. Et au moins 41% des enquêtés ont nettement déboursé plus qu'il en faut pour acquérir ces produits.

Les coûts de revient sont de plus en plus élevés que lorsque le nombre de produits en ruptures augmente.

On voit que l'idée d'un accès gratuit aux soins et services de qualité est compromise. Mais les questions que l'on se doit de poser sont que : est-ce la gratuité qui est en cause ? Ou est-ce la stratégie de mise en œuvre ? Ces questions méritent une attention particulière, mais entre-temps les populations continuent de dépenser, souvent plus qu'il en faut, pour un accès à des soins et services de santé, chaque fois qu'on a des ruptures de produits et médicaments dans les centres de santé.

Par ailleurs, l'approvisionnement en produits et médicaments par SCI, partenaire d'ECHO étant très insuffisant, cela favorise des schémas d'approvisionnement locaux illicites. On assiste alors à la prolifération de points et dépôts de vente de médicaments ne respectant pas du tout les normes requises. Ceci est préjudiciable et affecte très négativement l'état de santé des populations.

Les figures ci-dessous donnent l'évolution du nombre des consultations curatives (nouvelles et anciennes) et les taux de nouvelles consultations pour les années 2014 et 2015.

Tableau-6 : Evolution consultations curatives et nouveaux contacts

Tableau des consultations curatives et nouveaux contacts						
Consultations Curatives (CC)			Taux Nouvelles CC par An			
Structure	2014	2015	Structure	2014	2015	Δ
Arabébé	3 732	2 917	Arabébé	0,47	0,36	-0,11
Dioulabougou	10 378	4 372	Dioulabougou	0,45	0,18	-0,27
Andiam	1 765	3 143	Andiam	0,23	0,39	0,16

Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali

Nounou	2 961	3 883	Nounou	0,29	0,37	0,08
CSRéf	75 875	81 339	District	0,36	0,36	-

Δ : la variation

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké

Les consultations curatives sont constituées du nombre total de consultations (nouvelles et anciennes) sur une période donnée.

Le taux de nouveaux contacts (nouvelles consultations) par an est la part du nombre des nouvelles consultations dans la population cible. Il détermine la proportion pour qu'un patient potentiel se présente au niveau d'un centre de santé pour une nouvelle consultation pendant l'année.

Commentaires :

On a une diminution du taux de nouveaux contacts (c'est-à-dire de nouvelles consultations) par an (-0,11% pour Arabébé, -27% pour Dioulabougou). Nounou et Andiam enregistrent une légère augmentation. Au niveau district, ce taux est stationnaire mais reste encore faible : 0,36%.

Des investigations à ce niveau soulèvent que : suite aux ruptures très fréquentes de médicaments, des patients qui sont supposés aller acheter les produits en ruptures dans les centres de santé munis de leurs ordonnances ne le font pas. Ils se contentent des produits gratuits au niveau du centre de santé qui ne constituent qu'une partie de leur traitement, ce qui peut soulager un moment sans guérir. Un autre fait est que certains patients, ne pouvant pas acheter leurs produits manquants dans l'officine, optent pour les DV irréguliers jugés moins chers. Sauf qu'à ce niveau, ces DV se sont développés suite au contexte de ruptures de médicaments et sont entretenus par des commerçants à la quête de profits, sans aucune formation en gestion de DV de médicaments. Cette situation entraîne plusieurs cas de figure : la non délivrance des produits prescrits, le non-respect des doses et présentations souhaitées par le prescripteur et la mauvaise qualité des produits pharmaceutiques achetés dans ses DV.

Ce phénomène pose un problème d'observance au traitement, avec en corollaire des cas de rechute, voire des cas de résistance aux médicaments. Le patient revient alors plusieurs fois sur le traitement d'une même maladie et fréquente du coup plusieurs fois son centre de santé.

L'évolution des indicateurs soutient effectivement cette dynamique : on a une augmentation continue du nombre total des consultations curatives (anciennes et nouvelles), par rapport aux taux de nouveaux contacts par an.

Par ailleurs, la rupture fréquente des médicaments baisse la qualité des soins et le coût des ordonnances sont des facteurs orientant certains malades vers les services de médecine traditionnelle.

La gratuité risquerait alors d'avoir l'effet inverse de son but principal. Au lieu de garantir un accès gratuit à des soins et services de santé de qualité, ce système dans sa mise en œuvre pourrait engendrer

un accès plus coûteux aux soins et services et aussi pourrait affecter négativement la santé des populations victimes et vulnérables.

1.1.2. Sur la fonctionnalité de l'ASACO

L'ASACO a pour rôle essentiel de créer et de gérer le CSCCom :

- Assurer la gestion du CSCCom à travers :
 - La gestion des ressources humaines ;
 - La gestion des ressources matérielles ;
 - La gestion des ressources financières.
- Assurer la mobilisation sociale à travers :
 - Les animations communautaires ;
 - L'information/sensibilisation.

L'ASACO, dans ses statuts et règlement intérieur, retient généralement 4 niveaux de responsabilité dans les prises de décision et de contrôle à travers l'Assemblée Générale, qui est l'instance suprême et les organes de gestion qui sont le Conseil d'Administration, le Comité de Gestion et le Comité de Surveillance.

Le système de la gratuité contourne la bonne gouvernance de l'ASACO. En effet, avec ce système, elle se trouve très peu impliquée dans la gestion du CSCCom : sa mission principale. Bien qu'il n'existe pas de convention formelle de collaboration SCI/ASACO, une cohabitation existe pour répondre dans la mesure du possible, aux besoins de santé des populations des aires de santé.

Le CSCCom vit du recouvrement des coûts : la tarification et de vente de médicaments DCI. Bien que SCI octroie un appui financier mensuel pour le fonctionnement des ASACO : 15.000 F.CFA à 25.000 F.CFA selon le cas (Cf. *Tableau-2*), ce montant est loin de couvrir les frais de fonctionnement : petites réhabilitations du CSCCom, petits matériels, fournitures de bureaux, supports de gestion, eau/électricité, etc.

D'autre part, SCI motive le personnel technique qui apparait comme une grosse aide à l'ASACO. Sauf que le personnel motivé a tendance à être plus redevable à SCI qu'à l'ASACO, son employeur.

Les ASACO qui sont des acteurs prépondérants de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé du premier échelon de la pyramide sanitaire sont asphyxiées dans leur fonctionnement et leur personnel technique est démotivé par le système de gratuité. Une compensation à hauteur de souhait devrait être au rendez-vous pour que les ASACO puissent assumer correctement et pleinement les rôles et responsabilités qui leur sont dévolus en matière de gestion du CSCCom.

En ce qui concerne les ressources humaines, au lieu d'une simple motivation mensuelle, il serait souhaitable de convertir cette motivation et d'appuyer l'ASACO à avoir un contrat de travail en bonne

et due forme selon la législation malienne avec le personnel motivé. Ce qui permettrait au personnel d'être plus redevable à l'ASACO et cette dernière plus responsable.

Il serait très intéressant de faire une étude comparative des bilans financiers et des comptes d'exploitations des centres de santé en situation de gratuité et en situation normale de recouvrement de coûts. Ce qui n'a pas pu être menée par manque de données et d'indisponibilité de personnes ressources. Mais des témoignages assez révélateurs soulignent que les ASACO/CSCCom étaient plus viables en situation normale de recouvrement de coûts et génèrent de marges bénéficiaires surtout pour les gros CSCCom comme Dioulabougou, que dans la situation actuelle de gratuité malgré tous les appuis et motivations octroyés par SCI.

Ces analyses montrent que les actions de SCI entravent la bonne marche des ASACO et les asphyxient. Nous verrons ci-dessous l'impact de ces actions sur l'approvisionnement des centres de santé en médicaments et produits pharmaceutiques.

1.1.3. Sur le système d'approvisionnement des centres de santé en médicaments DCI

L'approvisionnement des centres de santé en médicaments est assuré par SCI qui importe directement et achemine dans les différentes structures sanitaires.

Les tableaux en Annexes 7 et 8 donnent l'approvisionnement en médicaments du CSRéf (juin-2015) et les 4 CSCCom (aout-2015). (*Voir Annexe-7 et Annexe-8*)

Commentaires :

Ces dotations respectent les médicaments du panier. Cependant, il ressort de ces tableaux que l'approvisionnement des centres de santé en médicaments DCI par SCI, ne se base pas sur une évaluation de la consommation moyenne mensuelle par produit ni sur l'estimation des consultations moyennes mensuelles attendues. En effet, on a les mêmes produits pharmaceutiques et les mêmes quantités fournis aux CSCCom de Andiam, Arabebe et Nounou à la même date, bien que ces 3 aires de santé n'aient pas les mêmes populations. Le CSCCom de Dioulabougou au chef-lieu de la commune et le CSRéf ont reçu de plus grandes quantités de produits.

Pour éviter des ruptures de produits dans les centres de santé, l'approvisionnement en médicaments DCI doit prendre en compte :

- la consommation mensuelle moyenne (consommation ajustée tenant compte des ruptures de stocks précédents) ;
- le délai d'approvisionnement du fournisseur (délai de livraison contractuel, moyen ou estimé) ;
- L'intervalle de réapprovisionnement (court ou long) ;
- Les stocks (maximum, minimum et de sécurité) ;

- Le stock disponible (consommation attendue, péremptions et pertes) ;
- Stock déjà commandé (produits déjà commandés non reçus) ;
- La quantité de commande en attente (minimum ou maximum) ;

Un autre facteur à prendre en compte est le nombre des consultations moyennes mensuelles attendues en sachant que la gratuité stimule la demande des soins et services de santé.

L'analyse des stocks fournis aux différents centres de santé par SCI porte à croire que les aspects ci-dessus cités n'ont pas été suffisamment pris en compte. La gestion de l'approvisionnement en médicaments essentiels vise la fourniture de produits dans les conditions les plus favorables et ce, dans le meilleur intérêt des populations.

Afin d'opérationnaliser l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels DCI dans les structures de santé, les autorités sanitaires ont instruit l'adoption du Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

Le SDADME est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet d'approvisionnement en médicaments essentiels de la Politique Sectorielle de Santé, objet de la Loi N° : 02-049 du 22 juillet 2002. Il a été élaboré avec le soutien financier de l'Union Européenne à travers l'OMS. L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire national en médicaments essentiels de qualité, et à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de celles-ci. L'article 33 de la Loi d'Orientation sur la Santé (N° : 02- 049 du 22 juillet 2002) stipule : « La prescription de médicaments essentiels présentés sous leur DCI, constitue l'option fondamentale de la politique nationale de santé. Elle s'impose en conséquence à tout établissement de santé public ou participant au service public de santé et est fortement recommandée à tous les autres établissements de santé ».

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est désignée par l'Etat comme l'outil privilégié de la mise en œuvre du SDADME. Elle est chargée de l'approvisionnement des établissements publics et parapublics, en médicaments essentiels et autres produits de qualité et financièrement accessibles aux populations.

Les fournisseurs privés sont chargés d'approvisionner les officines privées en médicaments essentiels génériques.

L'approvisionnement national des médicaments essentiels en DCI est assuré par la PPM par appel d'offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement.

Au niveau régional, l'approvisionnement en médicaments essentiels est basé sur le système de « réquisition » : évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels en DCI pour chaque niveau opérationnel. Cet approvisionnement est réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux, de Dépôt Répartitaire de Cercle (DRC) et les DV des formations sanitaires publiques et communautaires. Le secteur privé pourrait être impliqué, pour une complémentarité dans

l'approvisionnement du secteur public et pour une meilleure diffusion des médicaments essentiels génériques en DCI dans le secteur privé.

Les prix sont fixés par niveau par l'application d'un coefficient multiplicateur conformément au Décret N° : 03-218/P-RM du 30 mai 2003 portant réglementation des prix des médicaments en Dénomination Commune Internationale de la liste nationale des médicaments essentiels.

Le coefficient multiplicateur permet de disposer d'une marge qui prend en charge : les frais d'approches (transport, manutention) ; le salaire, les charges sociales et les primes du gérant du DV ; les frais d'entretien et du fonctionnement du dépôt (fournitures, produits d'entretien).

Le SDADME prévoit tout un mécanisme de suivi et de contrôle à travers : le Laboratoire National de la Santé (LNS) pour effectuer le contrôle analytique à l'importation et sur le réseau national de distribution, l'Inspection de la Santé (IS) qui est chargée du contrôle du respect de la législation, de la réglementation et des procédures. Le contrôle administratif à l'importation et post marketing est assuré par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).

Pour la pérennisation du système, il est mis en place des dotations initiales servant de fonds de roulement et une consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'Initiative de Bamako. Afin d'améliorer l'accessibilité financière du médicament, le Mali a pris pour option de ne pas générer de bénéfices ; seules les charges fixes et variables directement liées à la dispensation des médicaments seront recouvrées conformément au Décret N° : 03-218/P-RM du 30 mai 2003.

Le système de la gratuité ne prend pas en compte le SDADME. Ce schéma bien adapté est remplacé par celui des partenaires, ne tenant pas compte souvent des médicaments de l'initiative de Bamako. Les stocks nationaux sont abandonnés au profit des importations exclusives d'Europe qui ne sont soumises à aucun contrôle des autorités maliennes.

La principale raison évoquée par SCI pour ces importations est que les médicaments de la PPM ne sont pas homologués par les bailleurs d'ECHO par manque de qualité, et que cela est aussi leur exigence. Ce qui sous entendrait quelque part que les autorités maliennes ont toujours « *Mal Soigné* » les maliens, et remettrait en cause tout le dispositif du SDADME mis en place par des experts, et aussi tous les résultats des projets et programmes de santé mis en œuvre au Mali.

Le SDADME peut présenter des faiblesses et insuffisances, mais ne devrait pas être mis de côté pour autant. Une étude plus approfondie doit être menée pour une analyse détaillée de tout le schéma dans le contexte actuel ; et au besoin, corriger les faiblesses et insuffisances.

Il s'agirait plutôt d'accompagner et de soutenir la mise en œuvre du SDADME en vue d'assurer la qualité des médicaments et de garantir sa pérennité, que de contourner ce système déjà existant et qui présente d'énormes forces et atouts à capitaliser.

1.1.4. Sur le système de référence-évacuation

L'organisation de la référence pour la prise en charge des urgences est un processus décentralisé qui se fait au niveau de chaque district sanitaire à travers un cadre conceptuel.

Le principe est que, en cas de complication chez un patient, le premier niveau (CSCom) prévient la référence (CSRéf), ce dernier se prépare techniquement et envoie l'ambulance chercher le patient sur place moyennant un forfait prélevé au niveau de la caisse de solidarité en fonction de la distance du CSRéf au CSCom. Le patient et sa famille n'ont absolument rien à payer en cas d'évacuation obstétricale, car le forfait prélevé prend en compte tous les frais (carburant, perdiems du chauffeur et de l'agent de santé qui accompagne la patiente, traversées bac du fleuve selon le cas, ...).

Pour la référence-évacuation dans la Commune de Soboundou, SCI assure le carburant pour les sorties des ambulances. Le partenaire SMARA assure le fonctionnement et l'entretien des ambulances (entretien, réparation, etc.)

Le tableau ci-dessous donne la situation des références obstétricales pour l'année 2015.

Tableau-7 : Références obstétricales

Structure	Nombre Femmes Référées	Taux Référence Raison Maternelle	Nombre Femmes Evacuées	Taux Evacuation Raison Maternelle
Andiam	0	0,00	2	0,50
Arabébé	19	2,59	0	0,00
Dioulabougou	21	1,35	11	0,71
Nounou	0	0,00	4	0,70
Total	40	/	17	/

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Janvier 2016

Le système de référence-évacuation est un mécanisme fondamental qui permet la continuité des soins entre ces 2 niveaux.

Le système de la gratuité contourne totalement le système de référence-évacuation classique du cadre conceptuel. Ce système a été remplacé par le « Cas par Cas » tenant seulement compte de la demande sans aucune prévision. Ce nouveau système ne présente aucune perspective et ne garantit aucune pérennité.

En effet, en ce qui concerne la Commune de Soboundou, le système de référence-évacuation de la gratuité ne prévoit ni les perdiems du chauffeur de l'ambulance et de l'agent de santé qui accompagne le patient, ni les traversées aux cas échéants. Ces perdiems s'élèvent respectivement à 2.000 F CFA par personne et à 8.000 F CFA par traversée bac. Ces coûts sont totalement à la charge du patient et de sa famille. Donc bien qu'il ait l'idée de la gratuité, en cas d'évacuation d'une femme par exemple, cette dernière doit assurer 4.000 F CFA de perdiems si elle est de l'aire de santé de Dioulabougou, de

Arabébé ou de Nounou ; et si elle est de l'aire de Andiam, qui demande une traversée bac (aller/retour), elle devrait payer un total de 20.000 F CFA pour son évacuation. Durant l'année 2015, la part d'évacuation d'Andiam ne représentait que 11,76% dans toute la Commune.

Il est à signaler que d'autres aires de santé du district demandent plusieurs traversées.

Sur cette lancée, les autorités socio-sanitaires du district sanitaire de Niafunké ont tenu une rencontre en août 2015 sur la question, regroupant tous les acteurs : CSRéf, SLDSES, FELASCOM, ASACO/CSCoM, Collectivités (communes et cercle), l'Administration (Sous-préfets et Préfet), Société Civile. L'objectif de cette rencontre était de trouver une solution dans les meilleurs délais aux difficultés liées à la référence-évacuation. Plusieurs pistes de solutions ont été proposées. L'initiative locale est endogène et salutaire. En résumé, il s'agirait d'aller vers la remise en œuvre du cadre conceptuel de la référence-évacuation du district sanitaire qu'il faudra appuyer et accompagner par tous les acteurs, partenaires et parties prenantes.

Les actions humanitaires doivent porter assistance aux populations immédiatement après la crise, mais aussi de réduire sur le long terme leur vulnérabilité face aux risques éventuels. Elles doivent contribuer à la lutte contre tous les facteurs qui rendent ou qui rendraient les populations encore vulnérables.

1.1.5. Sur les ressources humaines des centres de santé

SCI œuvre pour garantir l'accès des populations à des soins de santé gratuits et de qualité. Mais paradoxalement, cette stratégie n'est pas basée sur des prestataires qualifiés.

Le tableau ci-dessous donne la situation des ressources humaines dans les différents centres de santé, pour la période de janvier 2014 au 31 juillet 2015.

Tableau-8 : Situation des ressources humaines des centres de santé⁸

TSS : Technicien Supérieur de Santé ; TS Technicien de Santé ; IO : Infirmière Obstétricienne ; TL : Technicien de Labo

Structures	Médecin	Sage-Femme	TSS	TS	IO	TL	Matrone	Aide-Soignant	Gérant	Autre
Andiam	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0
Arabébé	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1
Dioulabougou	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1
Nounou	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
CSCoM	0	0	1	3	1	0	5	5	4	3
CSRéf	4	2	2	3	1	0	0	0	0	0

Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Aout 2015

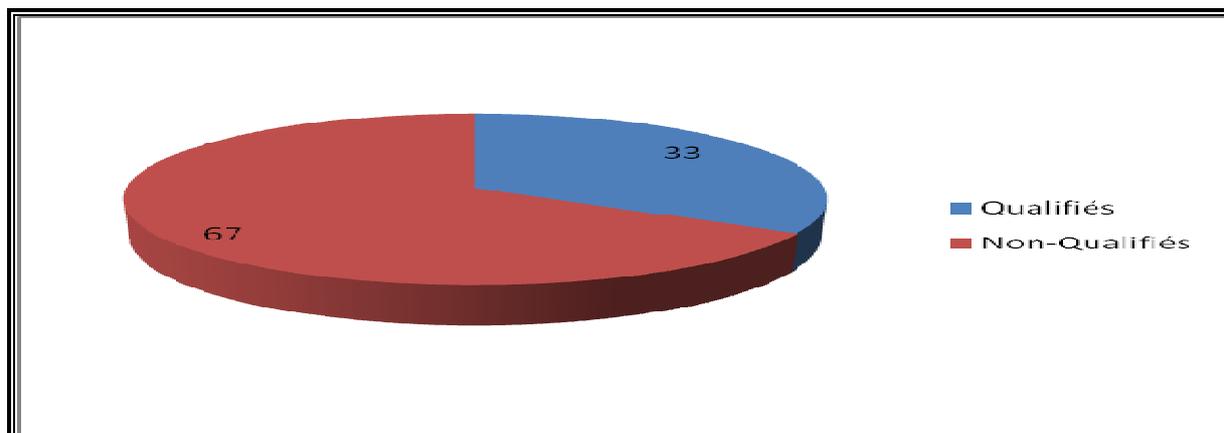
Au niveau des 4 CSCoM de la Commune, les prestataires qualifiés sont : 01 Technicien Supérieur de Santé, 03 Techniciens de Santé (1^{er} cycle) et 01 Infirmière Obstétricienne.

Le graphe ci-dessous donne la répartition des prestataires qualifiés et non qualifiés au niveau des

⁸ Ceci est la situation en Août 2015. Cette situation pourrait évoluer selon le contexte.

CSCCom.

Graphique-8 : Répartition des prestataires qualifiés et non qualifiés



Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Aout 2015

Commentaires :

On a : pour le premier niveau, 67 % des prestataires ne sont pas qualifiés. Il se compose essentiellement d'aides-soignants et de matrones. Et parmi les 33 % prestataires qualifiés, ne figure ni médecin ni de sage-femme ; ils sont essentiellement constitués de techniciens de santé et d'infirmière obstétricienne.

Au CSRéf par contre, tous les prestataires sont qualifiés.

Garantir l'accès aux services de santé de qualité passe impérativement par des prestataires qualifiées et en nombre suffisant.

A ce niveau, 59% des personnes enquêtées déclarent insatisfaites de la qualité des services. Il serait donc important de se baser sur des prestataires qualifiés, pour rehausser la qualité des soins.

1.1.6. Sur la mutuelle de santé de la Commune

Les mutuelles sont des regroupements de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide.

La mutuelle de santé désigne une mutuelle qui a, en son sein, un volet santé dans le but de faciliter l'accès de ses membres aux soins de qualité et à moindre coût. Il s'agit donc d'un mécanisme de financement alternatif de la santé, un système très performant et adapté au niveau local.

La gratuité, ce qui sous-entend «sans frais de santé» donc pas de cotisation a induit une diminution progressive des adhérents des mutuelles de santé au profit de l'idée d'un accès gratuit aux soins de santé de qualité. Ce qui a précipité la mort de la mutuelle de santé communale de Soboundou qui venait juste de naître et qui agonisait déjà.

La gratuité a eu des effets très négatifs sur d'autres mécanismes de financement alternatif de la santé comme : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Ces

sociétés à but non lucratif, organisant la solidarité entre leurs membres, et dont le rôle est avant tout le social et l'entraide constitue un bon outil de développement local qu'il faudrait pourtant promouvoir.

1.1.7. Sur le SLDSES de Niafunké

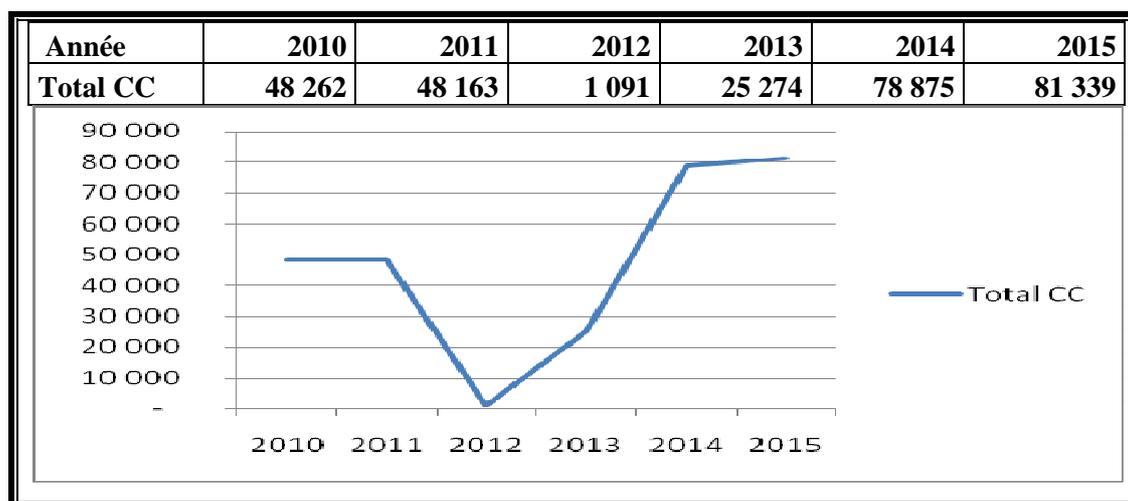
Le Service Local du Développement Social et de l'Économie Solidaire (SLDSES) est un service déconcentré de l'État : c'est le démembrement du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord au niveau cercle. Le SLDSES est la structure d'appui et d'accompagnement des ASACO et des mutuelles de santé par excellence.

La gratuité qui asphyxie les ASACO et les mutuelles de santé a entraîné la paralysie des activités d'appui et d'accompagnement de ce service, qui pourtant apparaît comme l'un des acteurs prépondérants de la mise en œuvre du PRODESS et du PDDSS au niveau cercle.

1.2. Synthèse des Discussions et Analyses des Résultats

Le tableau ci-dessous donne l'évolution des consultations curatives (CC) de 2010 à 2015 dans le district sanitaire de Niafunké.

Illustration-4 : Evolution du nombre de Consultations Curatives de 2010 à 2015



Source : Base de données du DESAM, SLIS CSRéf-Niafunké, Janvier 2016

Commentaires :

Durant les 2 années précédant la crise, on avait un total de consultations curatives du district presque stable (48.262 – 48.163) ; qui chute brutalement en 2012 en pleine crise à 1.091. Après la libération des zones occupées et le retour des populations, le total de consultations curatives a enregistré une augmentation pour atteindre 25.274 en 2013. Et depuis l'arrivée de SCI dans le district, ce nombre a enregistré une croissance exponentielle atteignant 78.875 en 2014 et 81.339 en 2015, pratiquement le double d'avant la crise.

De manière générale, on peut dire que les actions d'aides humanitaires de SCI contribuent à améliorer l'accès aux soins de santé des populations. SCI contribue à alléger la souffrance des personnes affectées par la crise que le Mali a traversée, permettant ainsi à un très grand nombre de personnes d'accéder aux soins de santé. Cependant, ces actions, dans leurs formes actuelles présentent des insuffisances et faiblesses à corriger, pour garantir davantage des soins et services de santé de qualité aux populations vulnérables. Une transition devrait être envisagée vers une relance progressive du système de santé. Ce qui devrait s'appuyer sur les acteurs et les composantes du système de santé défini par la politique sectorielle.

Le but de l'action humanitaire est de réduire la souffrance des personnes affectées par une catastrophe naturelle ou un conflit. La santé et la survie des populations vulnérables dépendent directement de l'environnement qui les entoure.

L'action humanitaire, fait l'objet de nombreuses critiques depuis quelques années : remise en cause, besoins de réorientation de ses objectifs, doute sur sa légitimité, etc. Si la vocation première de l'action humanitaire est de satisfaire les «bénéficiaires», à l'épreuve du terrain, il s'avère cependant que, dans certains cas, elle n'a pas pour principal objectif de «satisfaire» les «bénéficiaires» mais les bailleurs de fonds qui établissent des priorités à partir de constats réalisés et exprimés par les décideurs plutôt que les populations concernées.

C'est ainsi par exemple qu'une chercheuse de Médecins Sans Frontières (MSF) a écrit : « Contrairement au monde des affaires ; c'est la satisfaction du donateur et non du client qui assure la viabilité financière d'une action humanitaire (Terry, 2002). Pour intervenir dans les situations de crise, les agences d'aide dépendent du bon vouloir des pays industrialisés, soit directement en faisant appel à la générosité des particuliers, soit indirectement en recevant des subventions gouvernementales. Structurellement, elles sont donc amenées à soigner leur image de marque et à se présenter comme indispensables. Dans la plupart des cas, elles essaient alors de masquer les effets pervers de l'aide et privilégient les relations avec les donateurs plutôt que de s'inquiéter de l'adéquation de leur offre avec la demande des populations ciblées par leurs programmes ».

2. Suggestions

Avant de proposer des pistes de solutions pour la relance et la redynamisation du système de santé dans un contexte de post-crise, une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de gratuité des soins mis en œuvre dans la Commune de Soboundou, par SCI s'impose.

Cette analyse va demander l'utilisation du SEPO/FFOM (Forces/Succès ; Faiblesses/Echecs ; Opportunités/Potentialités ; Menaces/Obstacles) qui est un outil approprié à cet effet.

2.1. SEPO/FFOM du Système de Gratuité

Tableau-9 : SEPO/FFOM du Système de Gratuité

Forces / Succès	Faiblesses / Echs
<ul style="list-style-type: none"> - Actions humanitaires et de Solidarité Internationale, - Présence d'organisations partenaires d'ECHO, - Existence d'un protocole de collaboration avec le district sanitaire, - Contribue à soulager les souffrances des populations, victimes et vulnérables, - Elargie à toutes les couches de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de convention de collaboration avec les ASACO, - Ne favorise pas la bonne fonctionnalité des ASACO, - Contourne le schéma d'approvisionnement des centres de santé en médicaments DCI, - Entraîne des ruptures très fréquentes des médicaments dans les centres de santé, - Ne respecte pas les médicaments DCI de l'Initiative de Bamako, - Ne fais pas de réels appuis aux ASACO en ressources humaines (mise à disposition), - Ne fais pas de réels appuis en matériel médical, - Ne se base pas essentiellement sur des prestataires qualifiés, - Ne propose pas un système de référence-évacuation fiable et soutenu, - Efforts d'aides dispersés et éparpillés, - Ne propose pas un plan de sortie progressive de la gratuité.
Opportunités / Potentialités	Menaces / Obstacles
<ul style="list-style-type: none"> - Réelle volonté du Gouvernement à aller vers la relance du système de santé dans les régions Nord, - Fonds de solidarité internationale disponibles pour garantir l'accès aux services sociaux de base, - Disposition d'ECHO et de ses partenaires à contribuer aux secours d'urgences/humanitaires pour le Mali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambition trop grande par rapport à la capacité d'aide, - Ne favorise pas la participation communautaire en santé, - Favorise la création de pharmacies irrégulières locales, - Entraîne la bonne mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé, - Ne permet pas la relance du système de santé, - Ne favorise pas la redynamisation du système de santé.

Il ressort des discussions des résultats et de cette analyse SEPO/FFOM, que le système de gratuité des soins est une grande opportunité à saisir pour alléger les souffrances des personnes victimes et vulnérables suite à la crise humanitaire que le pays a traversée, et aussi pour la relance et la redynamisation du système de santé dans le Nord du Mali en général et dans la Commune de Soboundou, cercle de Niafunké en particulier. Cependant, sa mise en œuvre sous sa forme actuelle ne favorise pas cette perspective.

Par ailleurs, il ne faudrait pas se tromper à penser que le système de santé marchait comme sur des roulettes avant la crise ; bien au contraire. La mise en œuvre du système de santé dans les régions Nord

du pays a toujours été confrontée à des difficultés dues au contexte environnemental et aux réalités locales des différentes zones. On peut citer entre autres : le dysfonctionnement des ASACO, les ruptures (peu fréquentes) des stocks de médicaments dans des CSCOM à certains niveaux, le dysfonctionnement du système de référence-évacuation, l'indisponibilité de ressources humaines en quantité et en qualité.

Avec l'amorce du retour à la normale, la réelle volonté du gouvernement à aller vers la relance du développement économique en général et du système de santé en particulier dans les régions Nord du pays et la manne financière des organisations humanitaires œuvrant dans les secours d'urgence et de solidarité internationale pour le Mali, notamment ECHO et ses partenaires ; il est bon de réfléchir à une meilleure stratégie et une meilleure organisation des actions humanitaires pour garantir l'accès aux services sociaux de base, aux populations victimes et vulnérables de la crise au Nord du Mali.

Malgré une grosse enveloppe financière débloquée par ECHO pour garantir l'accès à des soins de santé gratuits et de qualité dans le Nord du pays, un gap se fait toujours ressentir. Les efforts se trouvent dispersés et les résultats ne sont pas à hauteur des attentes. Il serait donc plus intéressant d'orienter cette aide vers les couches les plus vulnérables des populations comme : les femmes, les enfants, les indigents pour une meilleure adéquation des possibilités d'aides humanitaires avec les besoins des populations bénéficiaires.

En effet, les enquêtes ont révélé que certaines personnes, bien qu'ils soient confrontés à des ruptures de médicaments/produits, n'en font pas un véritable problème ; car se disent avoir des moyens pour les acheter dans les officines.

Donc, il s'agirait d'aller vers une gratuité d'accès aux soins et services de santé, ciblée vers des groupes de personnes les plus vulnérables au sein la population.

Une meilleure organisation des interventions de SCI, partenaire de ECHO, améliorerait très certainement l'accès des populations vulnérables aux soins de santé de qualité et stimulerait la relance et la redynamisation du système de santé dans la Commune de Soboundou, voir le district sanitaire de Niafunké et même dans la Région de Tombouctou, ou même dans le Nord du Mali en général.

La gratuité ne peut aucunement être continuelle. Il faudra donc mettre en place un plan de sortie de ce système, c'est-à-dire : aller vers un retrait progressif de SCI pour un retour à la normale.

Le contexte humanitaire se caractérise par une forte insécurité, une instabilité des institutions locales et une désorganisation sociale.

Face à la tendance classique des humanitaires à foncer en situation d'urgence, il faut pour assurer une aide de qualité, une intelligence des situations, des mécanismes de coordination crédibles et un leadership légitime. Cela nécessite une analyse du contexte, une évaluation participative des besoins des

bénéficiaires, suivie par une estimation objective des capacités à offrir l'aide humanitaire ; c'est-à-dire : distinguer sans ambiguïté les objectifs d'une part et les moyens pour y parvenir d'autre part. Cette analyse doit amener, du fait de l'évolution de la situation, à proposer de nouvelles hypothèses d'actions, ou à changer des modalités de mise en œuvre des projets et actions qui paraissent inadaptés.

L'architecture du système humanitaire ne devrait aucunement être dictée par les intérêts des donateurs, au risque de s'écarter des principes et exigences humanitaires, mais doit plutôt être basée sur les réalités du terrain et les besoins réels des populations ciblées par l'action humanitaire.

Une sortie définitive de la crise et un retour à la normale passe par la résilience qui exige une bonne harmonisation et une plus forte intégration des stratégies d'aide humanitaire, de développement et d'investissement pour appuyer les institutions et les communautés locales et nationales, avec le soutien d'un dispositif efficace de coordination des actions humanitaires.

2.2. Suggestions et propositions des pistes de solutions

Toute intervention en matière de santé communautaire, devrait se faire sans occulter (ni directement ni en différé) la politique et les dispositions régulières en place. Il serait proposé comme piste de solutions entre autres, le principe de l'achat des services à travers le « Tiers-payant » ; et à cet effet, sans vouloir rendre hommage ou faire la promotion d'une quelconque organisation, il serait important de prendre exemple sur un projet d'urgence/résilience/relance mis en œuvre aussi dans un contexte de gestion post-crise humanitaire au Mali : Projet Santé Maternelle et Infantile (Projet SMI/Mopti).

(Voir Annexe-9 pour la fiche signalétique du Projet-SMI/Mopti)

Ce projet est mis en œuvre par un consortium de 2 ONG à travers 3 volets : un volet communautaire, un volet médical et un volet socio-économique.

Pour étoffer notre proposition, nous nous focaliserons surtout sur le volet communautaire du projet, qui s'était fixé comme but : l'amélioration de l'état de santé des populations en facilitant financièrement l'accès aux soins et services de santé. Pour cela, il avait mis en place un système de coupons d'accès aux soins et services de qualité gratuits pour des bénéficiaires identifiées.

Tableau-10 : Fiche signalétique du Volet Communautaire du Projet-SMI/Mopti

Activité Principale	Mise en fonction de 64 « unités ambulantes d'information et d'éducation pour la santé maternelle et néonatale » à travers 128 relais communautaires et accoucheuses traditionnelles actifs dans la zone d'intervention, en facilitant l'accès financier aux services par la mise en place d'un système de « coupons » pour les bénéficiaires identifiées
Activités Spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités, - Animations communautaires des unités ambulantes,

	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un système de coupons pour un accès gratuit aux soins pour 2.000 femmes, - Suivi et supervision des activités.
Bénéficiaires	Les populations déplacées et les familles d'accueil, dont : les femmes en âge de procréer (les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les femmes en situation de handicap en âge de procréer).
Extrants / Outputs	64 unités ambulantes d'information et d'éducation pour la santé sont fonctionnelles dans 16 aires de santé, et assurent la « promotion d'un recours précoce aux soins de santé maternelle et néonatale » en réalisant des actions préventives auprès de 68.100 bénéficiaires (39.900 personnes déplacées, dont 8.778 femmes en âge de procréer et 7.182 enfants de moins de 5 ans, 28.200 personnes des familles d'accueil, dont 6.204 femmes en âge de procréer et 5.076 enfants de moins de 5 ans), et en identifiant les femmes déplacées les plus vulnérables ayant particulièrement besoin de suivi en facilitant l'accès gratuit aux soins pour 2000 d'entre elles.

Source : Rapport d'Activités du Volet Communautaire du Projet-SMI/Mopti

La mise en place ce système de coupons pour un accès gratuit aux soins est passé par une convention de partenariat avec les différentes ASACO avec lesquelles le projet a travaillé.

En effet, ce système de coupons demande l'engagement des deux (02) parties à savoir : le consortium d'ONG de mise en œuvre, en tant qu'acteurs humanitaires et l'ASACO, en tant que maître d'ouvrage de la santé dans l'aire de santé.

L'ASACO s'était engagée à assurer la prise en charge médicale gratuite des bénéficiaires sur la base de la présentation des coupons d'exonération des soins et pour les services et actes consignés dans les annexes de la convention de partenariat. Le consortium à son tour s'était engagé à assurer le remboursement mensuel des frais de prestations liés à la prise en charge des bénéficiaires des coupons selon les actes et coûts conformément aux procédures définis dans ladite convention, sur présentation des factures et pièces justificatives.

C'est un système de gratuité ciblée basé sur l'achat des services à travers le tiers-payant. La finalité est que les soins de santé sont gratuits pour les bénéficiaires vulnérables identifiées, et c'est le consortium d'ONG qui achète les services au profit de ces couches vulnérables à travers les coupons.

Les résultats du projet (dans sa composante communautaire), non seulement ont été très satisfaisants, mais aussi et surtout n'ont pas entamé la stratégie mise en place par la Politique Sectorielle de Santé du Mali. (Voir Annexe-10 pour le tableau des indicateurs de rendement du Projet-SMI/Mopti)

➤ **Le Tiers-payant : une solution pour la transition gratuité et relance du système de santé :**

Le tiers-payant permet dans le cadre d'une convention préalable et valide, éventuellement assortie de conditions à l'acheteur d'un bien et/ou au bénéficiaire d'une prestation, d'en voir le règlement acquitté par une tierce personne ou un organisme tiers.

Cela revient en pratique à organiser, sur la base des motifs relevant de l'assistance sociale ou de la

solidarité, la distribution totalement ou partiellement gratuite de biens ou services désignés.

La mise en place d'un mécanisme de tiers-payant pour les populations victimes et vulnérables de la crise permettrait aux organisations humanitaires en occurrence SCI, partenaire ECHO d'effectuer l'achat des services, auprès des structures sanitaires assurant le service public de santé de la Commune de Soboundou. Les factures devraient correspondre aux tarifs des soins et prescriptions de services, des produits et médicaments délivrés aux populations cibles.

Ce mécanisme ne devrait ni contredire ni se substituer au système de santé de la politique nationale ; elle interviendrait plutôt pour s'y greffer, l'appuyer, le renforcer et l'accompagner en mettant les acteurs et parties prenantes au cœur de l'action tout en rompant les barrières financières pour l'accès des groupes spécifiques victimes et vulnérables à des soins et services de qualité.

Ce système de tiers-payant devrait mettre les ASACO/CSCCom et CSRéf au centre de l'achat des services, favorisant ainsi l'approche de la participation communautaire, indispensable pour la résilience et la gestion post-crise. Il permettrait d'accorder aux groupes cibles de la Commune de Soboundou, une exemption de tarification des services de santé et des produits pharmaceutiques lorsqu'ils auront recours à des structures sanitaires assurant le service public, tout en favorisant la relance progressive du système de santé dans le district sanitaire de Niafunké, la Région de Tombouctou, voire les régions Nord du pays en général.

Le système de tiers-payant pour l'achat des services de santé devrait cependant s'adapter au contexte local. Ainsi des réflexions approfondies doivent être menées pour définir la forme la mieux adaptée, et en identifier les conditions de faisabilité, compte tenu de l'évolution situationnelle (crise, retour de l'Etat, relance économique, etc.), dans le district sanitaire de Niafunké et dans les régions Nord du pays. A la lumière de ces analyses et discussions, quelles recommandations pouvons-nous faire ?

2.3. Recommandations

Au terme de cette étude les recommandations suivantes ont été formulées pour promouvoir les services de santé de qualité, améliorer l'accès des populations aux soins et favoriser la relance du système de santé dans les régions Nord du pays. Elles sont adressées à :

❖ Save The Children :

- Faire des conventions de collaboration avec les ASACO/CSCCom ;
- Faire de réels appuis aux ASACO/CSCCom en ressources humaine et matériel médical ;
- Appuyer la bonne fonctionnalité des ASACO/CSCCom à travers des renforcements de capacités ;
- S'appuyer sur le SDADME pour l'approvisionnement des centres de santé en médicaments ;
- Opter pour une gratuité ciblée par l'achat des services à travers le tiers-payant ;

- Prévoir un plan de sortie progressive de la gratuité.

❖ **Les ASACO/CSCoM :**

- Assumer pleinement leurs rôles et responsabilités dans leur fonctionnement ;
- S'approprier pleinement de la gestion des CSCoM telle que définie par la politique sectorielle de santé du Mali ;
- Mettre en œuvre un système de référence-évacuation adapté, fiable et soutenu.

❖ **Les Autorités Socio-sanitaires (Mairie, SLDSES, CSRéf, FELASCOM, DRS, DRDSES) :**

- Appuyer les ASACO/CSCoM à travers des renforcements de capacités ;
- Accompagner les ASACO/CSCoM dans la mise en œuvre des plans et programmes de retour à la normale et de relance du système de santé ;
- Accompagner les ASACO/CSCoM dans leurs rôles et responsabilités, tels que définis par le PRODESS.

❖ **ECHO :**

- Appuyer le SDADME pour l'approvisionnement des centres de santé en médicaments ;
- Soutenir la gratuité ciblé à travers l'achat des services et soins de santé ;
- Soutenir les actions d'aides humanitaires, pour garantir l'accès aux services sociaux de base ;
- Orienter ses programmes d'aides humanitaires vers la relance du système de santé ;
- Accompagner la sortie définitive de la crise et la relance progressive du système de santé dans les régions Nord du pays.

❖ **L'État :**

- Veiller à ce que les partenaires appuient leurs programmes et actions sur la Politique Sectorielle de Santé du Mali ;
- Promouvoir la mise à niveau de l'offre de soins à travers le déploiement des ressources humaines de qualité et de quantité suffisantes dans les structures de santé des régions du Nord ;
- Veiller à ce que les partenaires s'insèrent dans les plans de sortie définitive de crise et de relance du système de santé.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que malgré les efforts importants entrepris par SCI (partenaire d'ECHO) pour garantir un accès gratuit aux soins et services de santé de qualité aux populations victimes et vulnérables, les réalisations restent en deçà des objectifs.

Des barrières financières persistent toujours, surtout en cas de ruptures de stocks de produits et/ou médicaments dans les centres de santé, obligeant les populations à avoir recours à des solutions alternatives. Cela constitue l'une des principales difficultés de la mise en œuvre de ce système de gratuité et affecte très négativement l'accès des populations aux services de santé, ainsi que leur état de santé.

Les analyses indiquent que les ambitions de SCI ont été trop grandes par rapport aux moyens dont il dispose. En effet, sur la base des moyens disponibles, il serait souhaitable de se focaliser sur des groupes spécifiques de la population (les plus vulnérables, les femmes, les enfants, etc.) pour réaliser une meilleure adéquation des possibilités d'aides humanitaires avec les besoins réels des populations, et éviter de disperser les efforts.

Le système de gratuité mis en œuvre par SCI, non seulement ne garantit aucune pérennité, mais aussi et surtout est contraire et incompatible avec la Politique Sectorielle de Santé mise en place par le Gouvernement. Il apparaît comme une entrave majeure à la mise en œuvre de cette politique dans la Commune de Soboundou, dans le district sanitaire de Niafunké, dans la Région de Tombouctou et dans les régions Nord du pays en général.

Des réflexions à un plan de sortie progressive et définitive doivent être menées pour aller vers un retour à la normale.

Un système de santé adapté au contexte local existe déjà. Certes, ce système présente des faiblesses et défaillances. Cependant, il ne devrait pas être mis de côté. Il doit plutôt être corrigé, renforcé, appuyé et accompagné pour aller progressivement vers une sortie définitive de crise et un retour à la normale.

Un mécanisme de tiers-payant adapté au contexte local pour l'achat des services aux prestataires des soins de santé au profit des couches les plus vulnérables de la population s'avère être une solution pour la transition de la gratuité vers la relance du système de santé. Ce mécanisme devrait effectivement se greffer au système de santé déjà existant.

L'aide humanitaire est une intervention qui permet de faire face aux besoins de base des populations victimes de catastrophes (naturelle ou causée par l'homme), en leur fournissant de l'assistance selon leurs besoins. Elle cherche à soulager les souffrances des populations affectées par des crises. Par conséquent, les stratégies à court terme ne devraient pas être proposées et arrêtées par les travailleurs

humanitaires uniquement. Les actions humanitaires doivent contribuer à la lutte contre tous les facteurs qui rendent (ou rendraient) les populations vulnérables. Les personnes affectées ne seront probablement pas épargnées par les menaces à l'avenir, tant que les raisons à la base de leur vulnérabilité n'auront pas été réglées.

La présence d'ECHO et de ses partenaires constitue une opportunité immense à saisir. Une meilleure organisation de leurs interventions, améliorerait très certainement l'accès des populations vulnérables aux soins de santé de qualité et stimulerait la relance et la redynamisation du système de santé. Pour y parvenir, l'analyse de l'évolution du contexte basée sur les initiatives locales, apparaît comme une nécessité afin de prendre en compte les besoins réels des populations victimes et vulnérables.

Qu'il s'agisse de secours d'urgence, d'actions de reconstruction ou de développement à plus long terme, l'aide humanitaire vise en principe à soulager les souffrances et à soutenir des populations très pauvres, parfois en danger de mort. On s'attend donc à ce qu'elle réponde aux besoins observés dans les situations de crise.

L'action humanitaire tend à se concentrer sur les besoins à court terme des populations, et à oublier les responsabilités et le droit des communautés à apporter de façon durable, les stratégies et les solutions qui satisfassent les populations touchées, en les laissant entre autres, participer aux décisions qui les concernent. Il est aussi important de renforcer les capacités de la population touchée et de promouvoir la participation des bénéficiaires pour la résilience, une sortie définitive de crise et un retour à la normale.

Certes, chaque bailleur et partenaire a ses exigences. Cependant il faut souligner que les organisations humanitaires sont doublement responsables : à l'égard des populations victimes qu'elles souhaitent secourir, et à l'égard des donateurs privés et institutionnels. La quête de crédibilité nécessaire à la survie des actions humanitaires et celle de la qualité de leurs actions au profit des populations, deviennent alors un défi difficile à relever. Tout choix et toute discrimination de l'un au détriment de l'autre serait suicidaire quant à l'atteinte des objectifs visés.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages de Référence

- Brunet-Jailly, J. 2004. *Se Soigner au Mali*. Paris : édition Karthala, 342 p.
- Hilhorst, T. 2005. *Dynamiser la Santé Communautaire*. Bamako: SNV-KIT, 97 p.
- Konaté, M. 2006. *Politique de santé communautaire et viabilisation économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali*. Paris : AFD, 136 p.
- Micheletti, P. et Traoré, A. 2008. *Humanitaire : s'adapter ou renoncer*. Paris : hachette, 245 p.
- Pech, T. et Padis, M. 2004. *Les multinationales du cœur : les ONG, la politique et le marché*. Paris : Le Seuil, 160 p.
- Balique, H. 2013. *Recommandations pour la relance de l'action sanitaire dans la zone libérée au Mali*. Rapport d'étude. 27 p.
- Balique, H. 2013. *Pour une politique de santé au Mali*. Rapport d'étude. 53 p.
- CSRéf/Niafunké-SLIS. 2015. *Base de données des indicateurs sanitaires*. DESAM
- Doumbia, B. 2010, *Contribution des Mutuelles de Santé à l'accès des populations aux soins de santé de base au Mali : cas de la MIPROMA en Commune VI du district de Bamako*. Bamako : Delta-C, DESS-DLD., 69 p.
- Doumbia, B. et Mueller, L. 2008. *L'utilisation des services de la santé de base par la population pauvre : cas du quartier de Sabalibougou en Commune V du District de Bamako*. Rapport d'étude. 87 p.
- DRS/Tombouctou-SLIS. 2015. *Base de données des indicateurs sanitaires*. DESAM
- DRS/Tombouctou. 2015. *Enquête d'Opinions sur la Gratuité*. Rapport d'étude. 19 p.
- ECHO. 2015. *Factsheet – Mali crisis – february 2015*
- Fonds Africain de Développement. 2013. *Programme d'urgence d'appui à la reprise économique*. Rapport d'évaluation. 114 p.
- Gouvernement du Mali. 2011. *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (2012-2017)* 183 p.
- Gouvernement du Mali. 2013. *Plan d'Action Prioritaires d'Urgence (2013-2014)*. 136 p.
- Gouvernement du Mali. 2013. *Plan pour la Relance Durable du Mali (2013-2014)*. 152 p.
- Handicap International. 2013. *Projet Santé Maternelle et Infantile (SMI/Mopti)*. Document du projet. 83 p.
- Handicap International 2014. *Projet Santé Maternelle et Infantile (SMI/Mopti)*. Rapport d'évaluation finale du projet. 77 p.

Ministère de la Santé du Mali. 2010. *Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels*. Manuel de mise en œuvre. 125 p.

OCHA. 2014. *Plan de réponses stratégique Mali (2014-2016)*. 74 p.

OCHA. 2015. *Aperçu des besoins humanitaires Mali en 2015*. 67 p.

OMS/Mali. 2013. *Plan opérationnel de gestion de l'urgence humanitaire au Mali*. 37 p.

PADL/Tombouctou. 2010. *Rapport de synthèse sur l'état des lieux de la Commune de Soboundou*. 117 p.

SADEVE 2014. *Projet Santé Maternelle et Infantile (SMI/Mopti)*. Rapport annuel du volet communautaire du projet. 43 p.

SCI. 2014. *Stratégie pharmaceutique et logistique médicale au Niger 13 au 31 octobre 2014*. Rapport d'étude. 97 p.

SCI et District Sanitaire de Niafunké. 2014. *Protocole d'accord*. 28 p.

Webographie

Cholet, E. 2008. « *La mise en place de la gratuité des soins dans les pays les plus pauvres : une décision politique, Humanitaire 19-Été* ». URL: <https://humanitaire.revues.org>. Consulté le 17 juillet 2015

ECHO. 2015. « *Réponse humanitaire au Mali* ». URL: <https://ec.europa.eu/echo>. Consulté le 05 août 2015

Morel, M. 2013. « *Nouveaux champs de l'humanitaire* ». URL: <http://www.humanitaire.revues.org/471>. Consulté le 15 août 2015

OCHA. 2015. « *HNO Mali - Aperçu des besoins humanitaires 2016* ». URL: <https://www.unocha.org/mali>. Consulté le 03 août 2015

QUAMED. 2012. « *Améliorer la qualité des médicaments qui circulent dans les pays en voie de développement* ». URL: <https://www.quamed.org>. Consulté le 20 août 2015.

ANNEXES

Sommaire des Annexes

Annexes	Titres	Pages
Annexe-1	Lettre Circulaire N° : 0700/MS-SG	P-48
Annexe-2	Guide d'Observation	P-49
Annexe-3	Guide d'Entretien	P-50
Annexe-4	Questionnaire (<i>les 2 pages en recto/verso</i>)	P-51
Annexe-5	Carte Sanitaire de la Commune de Soboundou	P-52
Annexe-6	Photos d'Etagères de DV de CSCom	P-53
Annexe-7	Médicaments essentiels DCI pour les CSCom de Andiam, Arabebe et Nounou	P-54
Annexe-8	Médicaments essentiels DCI pour le CSCom de Dioulabougou et du CSRéf	P-56
Annexe-9	Fiche signalétique du Projet SMI/Mopti	P-58
Annexe-10	Indicateurs de rendement du Projet-SMI/Mopti	P-59
Annexe-11	Attestation de Stage au SLDSES-Niafunké	P-60

Annexe-1 : Lettre Circulaire N° : 0700/MS-SG

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

SECRETARIAT GENERAL



N° 0700 / MS - SG

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

----- 0 -----

23 MAI 2012

Koulouba, le 21 MAI 2012

Le Ministre de la Santé

Lettre Circulaire N° _____ /MS-SG

- Aux Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé
- Aux Organisations Non Gouvernementales du Secteur de la Santé
- Aux Associations évoluant dans le domaine de la Santé
- Aux Intervenants dans le domaine de la Santé au Nord Mali

L'occupation du nord du pays par la rébellion a considérablement détérioré la situation sanitaire caractérisée par la destruction, le pillage des infrastructures sanitaires, l'enlèvement des moyens logistiques et l'abandon des postes de travail par les agents socio-sanitaires.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé et ses Partenaires Techniques et Financiers ont élaboré un Plan National d'Action d'Urgence pour les trois (03) régions du nord du Mali et trois (03) districts sanitaires de la région de Mopti pour une période de six (06) mois.

En application de ce plan d'urgence, il sera accordé aux populations touchées par la crise, la gratuité des actes, des médicaments. Le coût de la prise en charge de cette gratuité sera soutenu par l'Etat et ses Partenaires Techniques et Financiers pendant les six (06) mois de la durée du plan d'action. Au terme de cette période, une évaluation sera faite afin de définir les prochaines étapes.

P/Le Ministre P.O
Le Secrétaire Général/p.i

Dr. Mourtaga BOUARE

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé



Annexe-2 : Grille d'Observation

ASACO/CSCom : Ceci est une enquête sur la gratuité des soins. Merci de votre collaboration

Guide d'Observation

Région de : Tombouctou ; Cercle de : Niafunké ; Commune de : Soboundou ; ASACO/CSCom de : _____

Nom/Prénom de l'Enquêteur : _____ ; Date : ____ / ____ / 201__

N°	Points à Observer	Observations / Commentaires
01	Etat du bâtiment CSCom et annexes	Murs : _____ Clôture : _____ Cour : _____ Portes et fenêtres : _____ Toiture : _____ Magasin : _____ Logement d'astreinte : _____ Eau potable : _____ Electricité : _____ Four d'incinération : _____ Fosse septique : _____ Autre : _____
02	Affluence au CSCom	Nbre d'usagers dispensaire : _____ / _____ Nbre d'usagers maternité : _____ / _____ Nbre d'usagers dépôt médicaments : _____ / _____ Nbre d'usagers autres services : _____ / _____
03	Nombre du personnel	Médecin : _____ / statut _____ Infirmier Supérieur (TSS) : _____ / statut _____ Infirmier Santé (1 ^{er} Cycle) : _____ / statut _____ Aide-soignant : _____ / statut _____ Sage Femme : _____ / statut _____ Infirmière Obsté. : _____ / statut _____ Maîtrise : _____ / statut _____ Gérant DV : _____ / statut _____ Gardien/Manceuvre : _____ / statut _____
04	Etat du Dépôt de Vente	DV existe : Oui _____ / Non _____ / Bon _____ / Mauvais _____ Médicaments Disponibles : Oui _____ / Non _____ Médicaments DCI : Oui _____ / Non _____ Ruptures : Oui _____ / Non _____ / Fréquence : _____
05	Référence / Evacuation (RE)	Caisse de solidarité pour la RE : Oui _____ / Non _____ RE Village-CSCom : Oui _____ / Non _____ / Moyen : _____ RE CSCom-CSRef : Oui _____ / Non _____ / Moyen : _____ Autre : _____
06	Fonctionnalité de l'ASACO	Existence de récépissé/agrément : Oui _____ / Non _____ Existence de la CAM : Oui _____ / Non _____ Existence d'une convention de collaboration : Oui _____ / Non _____ Fonctionnement des organes : Oui _____ / Non _____ Tenue de réunions statutaires : Oui _____ / Non _____ Réalisation du micro-plan avec le CSCom : Oui _____ / Non _____ Fonctionnement des relais/ATR : Oui _____ / Non _____

Annexe-3 : Guide d'Entretien

Autorités Sociaux-sanitaires : Ceci est une enquête sur la gratuité des soins. Merci de votre collaboration

Guide d'Entretien

Région de : Tombouctou ; Cercle de : Niafunké ; Commune de : Soboundou ; Structure : _____

Nom/Prénom de l'Enquêteur : _____ ; Date : ____ / ____ / 201__

➤ Présence de Save The Children dans la Commune/CSCoM/CSRef : _____

➤ Domaines d'intervention de Save The Children dans la Commune/CSCoM/CSRef : _____

➤ Actions menées par Save The Children en Santé dans le(s) CSCoM/CSRef : _____

➤ Collaboration Save The Children/Partenariat : _____

➤ Difficultés des interventions de Save The Children en Santé dans le(s) CSCoM/CSRef : _____

➤ Gratuité des soins de santé dans le(s) CSCoM/CSRef : _____

points forts : _____

points faibles : _____

suggestions : _____

➤ Opinions sur la gratuité aux soins: (favorable Oui/Non) : _____

➤ Suggestions/Recommandations pour améliorer les Interventions de Save The Children en Santé dans le(s) CSCoM/CSRef : _____

Annexe-4 : Questionnaire (les 2 pages en recto/verso)

Familles/Ménages/Usagers : Ceci est une enquête sur la gratuité des soins. Merci de votre collaboration

Questionnaire

Région de : Tombouctou ; Cercle de : Niafunké ; Commune de : Soboundou ; Aire de santé de : _____

Nom/Prénom de l'Enquêteur : _____ ; Date : ___/___/201__

L'Enquêté : sexe : ___ / âge : ___ / statut matrimonial : ___ / autochtone/déplacée
 profession : _____ / niveau d'instruction : _____

Nbre de personnes dans le ménage : _____

Etiez-vous là avant la crise de 2012 ? Oui ___ / Non ___

Depuis combien de temps vivez-vous ici ? _____ /ans ;

Avant la Crise :

Où vous faisiez-vous soigner, ainsi que les membres de votre famille avant la crise ?
 Guérisseur traditionnel CSCom CSRéf Cabinets Privés Autre : _____

Où achetez-vous vos médicaments ? Guérisseur traditionnel CSCom CSRéf
 Autre : _____

Comment trouviez-vous le coût des soins ? Acceptable Elevé Très élevé

Combien dépensiez-vous en moyenne en santé dans le trimestre ? _____ /F.CFA

Quels étaient les problèmes auxquels vous étiez confrontés ? commentez vos réponses

Difficultés d'accès au personnel soignant : _____

Difficultés financières : _____

Qualité des services : _____

Indisponibilité des médicaments : _____

Autre : _____

Après la Crise :

Où vous faites-vous soigner, ainsi que les membres de votre famille après la crise ?
 Guérisseur traditionnel CSCom CSRéf Cabinets Privés Autre : _____

Où achetez-vous vos médicaments ? Guérisseur traditionnel CSCom CSRéf
 Autre : _____

Page 1 sur 2

Familles/Ménages/Usagers : Ceci est une enquête sur la gratuité des soins. Merci de votre collaboration

Comment trouvez-vous le coût ? Pas de frais Acceptable Elevé Très élevé ;

Combien dépensez-vous en moyenne en santé dans le trimestre ? _____ /F.CFA

Quels sont les problèmes auxquels vous êtes confrontés ? commentez vos réponses

Difficultés d'accès au personnel soignant : _____

Difficultés financières : _____

Qualité des services : _____

Indisponibilité des médicaments : _____

Autre : _____

Système de Gratuité des soins :

Connaissez-vous le système de la gratuite ? Oui ___ / Non ___

Selon vous, quels sont ses avantages ? : _____

Selon vous, quels sont ses difficultés? : _____

Selon vous, quels sont ses inconvénients ? : _____

Quels sont les problèmes auxquels vous êtes confrontés avec la gratuite ? commentez vos réponses

Difficultés d'accès au personnel soignant : _____

Difficultés financières : _____

Qualité des services : _____

Indisponibilité des médicaments : _____

Autre : _____

Combien de fois vous avez été confronté à une rupture ? ___ / Combien de produit : _____

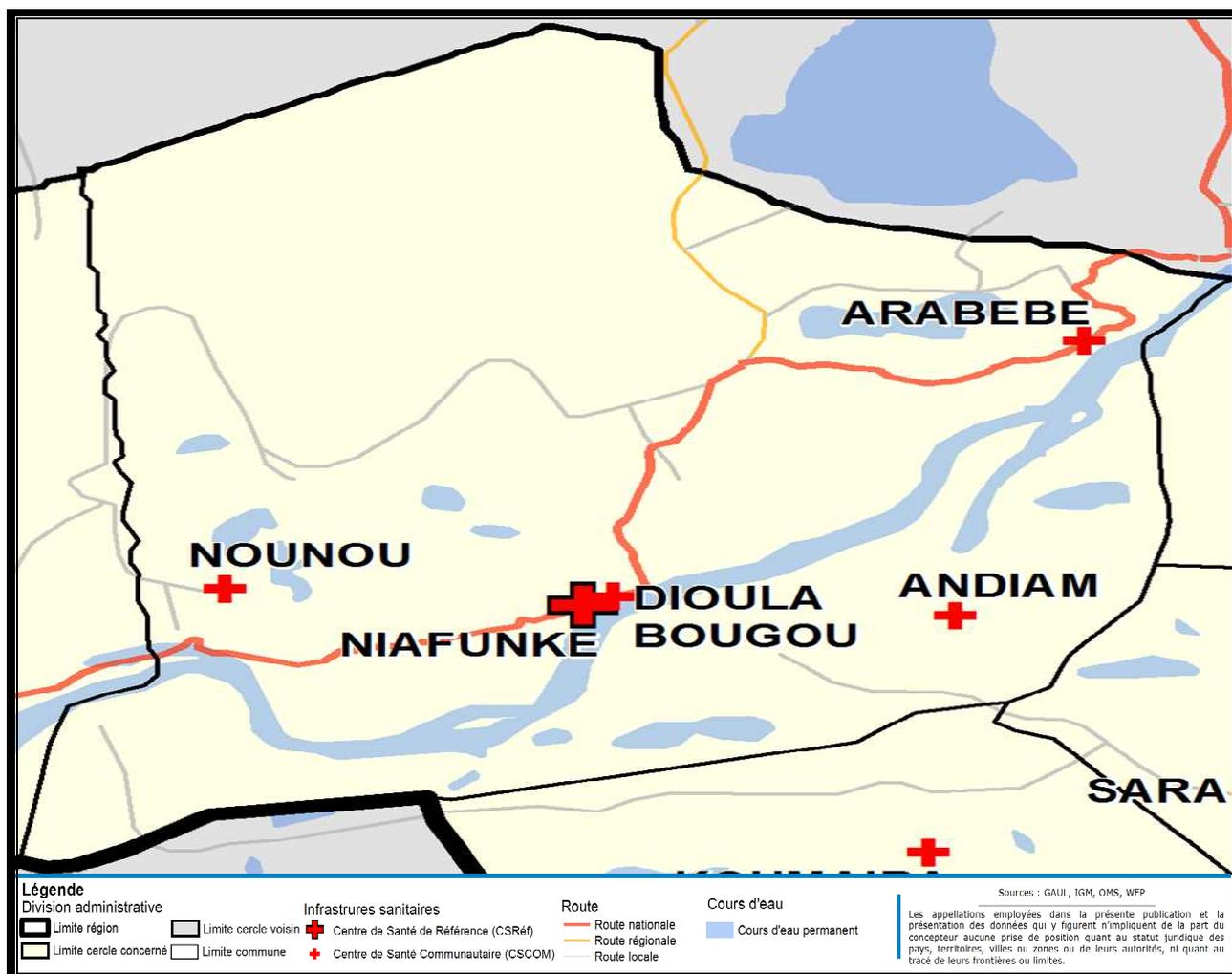
Etes-vous favorable pour la gratuite aux soins ? Oui ___ / Non ___

Que suggérez-vous pour améliorer le système de la gratuite aux soins ? : _____

Avez-vous autres choses à partager ? : _____

Page 2 sur 2

Annexe-5 : Carte Sanitaire de la Commune de Soboundou



Source : OCHA

Annexe-6 : Photos d'Étagères de DV de CSCCom



Andiam



Arabebe



Nounou

Annexe-7 : Médicaments essentiels DCI pour les CSCom de Andiam, Arabebe et Nounou

Date	24/08/2015	CSCom	Andiam	Date	24/08/2015	CSCom	Arabebe	Date	24/08/2015	CSCom	Nounou			
N°	Produits Pharmaceutiques		Unité	Qté	N°	Produits Pharmaceutiques		Unité	Qté	N°	Produits Pharmaceutiques		Unité	Qté
1	Amoxicilline250mg		Bte/1000	3	1	Amoxicilline250mg		Bte/1000	3	1	Amoxicilline250mg		Bte/1000	3
2	CTA120mg/20mg 6CP		bte/30Pl	1	2	CTA120mg/20mg 6CP		bte/30Pl	1	2	CTA120mg/20mg 6CP		bte/30Pl	1
3	SRO sachet		bte/100	1	3	SRO sachet		bte/100	1	3	SRO sachet		bte/100	1
4	Sulfate de Zinc		bte/100	1	4	Sulfate de Zinc		bte/100	1	4	Sulfate de Zinc		bte/100	1
5	Paracetamol100mg		bte/1000	10	5	Paracetamol100mg		bte/1000	10	5	Paracetamol100mg		bte/1000	10
6	Paracetamol500mg		bte/1000	3	6	Paracetamol500mg		bte/1000	3	6	Paracetamol500mg		bte/1000	3
7	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500mg/25mg		bte/1000	1	7	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500mg/25mg		bte/1000	1	7	Sulfadoxine-Pyriméthamine 500mg/25mg		bte/1000	1
8	Cotrimoxazole480mg		bte/500	2	8	Cotrimoxazole480mg		bte/500	2	8	Cotrimoxazole480mg		bte/500	2
9	Sulfate de fer acide folique60mg		bte/1000	3	9	Sulfate de fer acide folique60mg		bte/1000	3	9	Sulfate de fer acide folique60mg		bte/1000	3
10	Hydroxyde d'Aluminium500mg		bte/1000	1	10	Hydroxyde d'Aluminium500mg		bte/1000	1	10	Hydroxyde d'Aluminium500mg		bte/1000	1
11	Dextrose 5% 500ml		Carton/20	10	11	Dextrose 5% 500ml		Carton/20	10	11	Dextrose 5% 500ml		Carton/20	10
12	Benzathine Penicilline 2.4MUI		Bte/50	3	12	Benzathine Penicilline 2.4MUI		Bte/50	3	12	Benzathine Penicilline 2.4MUI		Bte/50	3
13	Ibuprofen 400mg		bte/1000	2	13	Ibuprofen 400mg		bte/1000	2	13	Ibuprofen 400mg		bte/1000	2
14	Albendazole 400mg		Bte/100	1	14	Albendazole 400mg		Bte/100	1	14	Albendazole 400mg		Bte/100	1
15	Ciprofloxacine 500mg		Bte/100	5	15	Ciprofloxacine 500mg		Bte/100	5	15	Ciprofloxacine 500mg		Bte/100	5
16	Ceftriaxone 1g		Bte/10Fl	10	16	Ceftriaxone 1g		Bte/10Fl	10	16	Ceftriaxone 1g		Bte/10Fl	10
17	Seringue 10cc		Bte/100	1	17	Seringue 10cc		Bte/100	1	17	Seringue 10cc		Bte/100	1
18	Sparadrap perforé10cmx5m		rouleau	2	18	Sparadrap perforé10cmx5m		rouleau	2	18	Sparadrap perforé10cmx5m		rouleau	2
19	Sachet minigrip pour médicament		Paquet/100	1	19	Sachet minigrip pour médicament		Paquet/100	1	19	Sachet minigrip pour médicament		Paquet/100	1
20	Boite de Securite		piece	5	20	Boite de Securite		piece	5	20	Boite de Securite		piece	5
21	Chlorhexidine		flacon	1	21	Chlorhexidine		flacon	1	21	Chlorhexidine		flacon	1
22	Benzylbenzoate		flacon	1	22	Benzylbenzoate		flacon	1	22	Benzylbenzoate		flacon	1
23	Azithromycine250mg		bte/60	1	23	Azithromycine250mg		bte/60	1	23	Azithromycine250mg		bte/60	1
24	Gentamycine40mg		bte/50	1	24	Gentamycine40mg		bte/50	1	24	Gentamycine40mg		bte/50	1
25	Doxycycline 100mg		bte/1000	2	25	Doxycycline 100mg		bte/1000	2	25	Doxycycline 100mg		bte/1000	2

Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali

26	Diclofenac 75mg	Bte/100	1	26	Diclofenac 75mg	Bte/100	1	26	Diclofenac 75mg	Bte/100	1
----	-----------------	---------	---	----	-----------------	---------	---	----	-----------------	---------	---

Source : Niafunké

Annexe-8 : Médicaments essentiels DCI pour le CSCom de Dioulabougou et du CSRéf

CSCom Dioulabougou				CSRéf Niafunké				CSRéf Niafunké			
Date	20/08/2015	CSCom	Dioulabougou	Date	26/06/2015	CSRéf	Niafunké	Date	26/06/2015	CSRéf	Niafunké
N°	Produits Pharmaceutiques	Unité	Qté	N°	Produits Pharmaceutiques	Unité	Qté	N°	Produits Pharmaceutiques	Unité	Qté
1	Albendazole 400mg	bte/1000	1	1	Amoxicilline 125mg	carton/40fl	1	31	Hydrocortisone 100mg	bte/10	14
2	Amoxicilline 250mg	bte/1000	10	2	Amoxicilline 250mg	Bte/1000	3	32	Ketamine	bte/25	2
3	Ibuprofene 400mg	bte/500	10	3	Amoxicilline 500mg	Bte/1000	4	33	Ceftriaxone 1g+solvant	Bte/50Fl	7
4	Fer+Acide folique	bte/1000	10	4	Azithromycine 250mg	bte/3	20	34	Ceftriaxone 500mg+solvant	Bte/10Fl	20
5	Hydroxide d'Aluminium	bte/1000	1	5	CTA120mg/20mg 24CP	bte/30Pl	4	35	Ceftriaxone 250mg+solvant	Bte/50Fl	3
6	Paracetamol 500mg	bte/1000	10	6	SRO sachet	bte/100	10	36	Diclofenac sodium 75mg/3ml inj	Bte/100AMP	4
7	SRO	bte/100	2	7	Sulfate de Zinc	bte/100	2	37	Lidocaine 1%	bte/5	4
8	Zinc sulfate	bte/100	1	8	Metronidazole 250mg	bte/1000	4	38	Chlorhexidine	flacon	10
9	SP	bte/1000	1	9	Metronidazole 500mg	bte/1000	2	39	Benzylbenzoate	flacon	10
10	Azithromycine 250mg	bte/60	1	10	Metronidazole 5mg/ml	bte/20	5	40	Seringue 5cc	Bte/100	3
11	Metformin 850mg	bte/1000	1	11	Paracetamol 500mg	bte/1000	6	41	Seringue 10cc	Bte/100	5
12	Nystatine Ovule	bte/100	1	12	Sulfadoxine-Pyrimethamine 500mg/25mg	bte/1000	2	42	Compresse 40X40cm sterile	Bte/100	4
13	Cotrimoxazole 480mg	bte/1000	4	13	Chlorpheneramine 4mg	bte/1000	5	43	Polyvidone iodée 10%	flacon	4
14	Cloxacilline 250mg, gelule	bte/500	1	14	Nifedipine 20mg	bte/100	4	44	Tetracycline 1%	Paquet/10	5
15	Dextrose 5% 500ml	Carton/20	1	15	Nystatine Ovule	bte/100	5	45	Amoxi+Clavulanique	Bte/15Comp	10
16	Gentamycine 40mg	Bte/50	2	16	Vitamine B Complex	bte/100	1	46	Sparadrap perforé 2.5cmx5m	rouleau	4
17	Benzathine Penicilline 2.4MUI+solvant	Bte/50	4	17	Cotrimoxazole 480mg	bte/1000	4	47	Sachet minigrip pour médicament	Paquet/100	5
18	Arthemeter 20mg	Bte/50	1	18	Sulfate de fer acide folique 60mg	bte/1000	6	48	Gant Chirurgical 7.0	Bte/50	4
19	Arthemeter 80mg	Bte/30Amp	1	19	Cloxacilline 250mg, gelule	bte/500	2	49	Vitamine C 250mg	Bte/1000	2
20	Doxycycline	Bte/1000	4	20	Cloxacilline 500mg, inj	bte/50	4				
21	Praziquantel 600mg	Bte/1000	1	21	Dextrose 5% 500ml	Carton/20	10				
22	Ciprofloxacine 500mg	Bte/100	5	22	Benzathine Penicilline 2.4MUI+solvant	Bte/50	4				
23	Ceftriaxone 1g+solvant	Bte/10Fl	10	23	Arthemeter 80mg	Bte/30Amp	4				
24	Ceftriaxone 250mg+solvant	Bte/50Fl	1	24	Ampicilline 500mg+ solvant	Bte/50Fl	4				
25	Diclofenac sodium 75mg/3ml inj	Bte/100AMP	2	25	Ampicilline 1g+ solvant	Bte/50Fl	4				
26	Lidocaine 1%	bte/5	1	26	Ibuprofen 200mg	Bte/1000	2				
27	Seringue 5cc	Bte/100	1	27	Ibuprofen 400mg	bte/1000	3				

Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali

28	Seringue 10cc	Bte/100	1	28	Doxycycline		4
29	Sachet minigrip pour médicament	Paquet/100	5	29	Albendazole 400mg	Bte/100	40
30	Gant Chirurgical 8.0	Bte/50	1	30	Ciprofloxacine 500mg	Bte/100	10

Source : Niafunké

Annexe-9 : Fiche signalétique du Projet SMI/Mopti

Titre du projet	Assistance, en matière de santé maternelle et néonatale, des femmes vulnérables, des enfants affectés par la crise humanitaire dans le district sanitaire de Mopti (Mali)	
Zone d'intervention	Mali, District Sanitaire de Mopti (Région de Mopti) : <u>Aire de Santé de :</u> Medina-coura, Toguel, Komoguel, ASCOTAMB, Sévaré-1&2, Sévaré-3, Socoura, Tonorongou, Soufouroulaye, Soumadougou, Fatoma, Niacongo, Manaco, Sampara, Diambacourou.	
Dates de mise en œuvre	Date de démarrage	Date de clôture
	1 ^{er} Mars 2013	30 Avril 2014
ONG de mise en œuvre	Chef de file	Handicap International (HI)
	Partenaire d'exécution	Santé & Développement (SADEVE)
But du Projet	Répondre aux besoins de base de santé maternelle et néonatale et moyens d'existence des femmes déplacées, y compris les plus vulnérables affectées par la crise en renforçant leurs capacités afin d'améliorer l'accessibilité i) à des services et des soins de qualité en matière de santé maternelle et néonatale, et ii) à des ressources économiques pour renforcer leur résilience.	
Objectifs du Projet	<p>Objectif Général Réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités évitables liées aux maladies à potentiel épidémique, aux urgences sanitaires et à la faible accessibilité aux soins de santé</p> <p>Objectifs Spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accès et la qualité des services de santé de base et de référence, y compris la santé reproductive et le VIH/sida, pour toutes les populations affectées par la crise en 2013 ; - Renforcer les systèmes d'alerte précoce et de surveillance et assurer la préparation, et la réponse appropriée aux maladies à potentiel épidémique et aux autres catastrophes et urgences sanitaires pour toutes les populations concernées par la crise d'ici fin 2013⁹. - Réhabiliter et équiper en urgence 25% des structures de santé affectées par la crise tout en renforçant les structures des zones tampons (Mopti, Ségou et Koulikoro) d'ici fin 2013¹⁰ et contribuer à la réhabilitation du système de santé ; - Renforcer la coordination des actions sanitaires d'urgence dans le cadre de l'approche de responsabilité sectorielle. 	
Résultats escomptés Effet / Out-come du Projet	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Effet / Out-come 1:</u> L'état de santé maternelle et néonatale des femmes et enfants déplacés de 16 aires de santé du district sanitaire de Mopti est maintenu ou amélioré. - <u>Effet / Out-come 2:</u> 100 femmes les plus vulnérables bénéficient d'une meilleure sécurité alimentaire et une amélioration de leur niveau de résilience face à la crise. 	
Activités du Projet	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Activité 1 :</u> Mise en fonction de 64 « unités ambulantes d'information et d'éducation pour la santé maternelle et néonatale » à travers 128 relais communautaires et accoucheuses traditionnelles actifs dans la zone d'intervention, en facilitant l'accès financier aux services par la mise en place d'un système de « coupons » aux bénéficiaires identifiés. - <u>Activité 2 :</u> Mise en place de 7 équipes d'urgence obstétricale et suivi périnatale disponibles 24/24h, pour suivre et évacuer les femmes enceintes et les nouveaux nés identifiés à risques et en souffrance. - <u>Activité 3 :</u> Appui pour le renforcement du plateau technique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, et des services de surveillance préventive des enfants par la mise en place d'espaces de stimulation précoce - <u>Activité 4 :</u> Mise en place d'activités génératrices de revenus pour 100 femmes vulnérables déplacées au niveau des 16 aires de santé. 	
Bénéficiaires du Projet	<ul style="list-style-type: none"> - Les populations déplacées et les familles d'accueil dont : les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, Les femmes allaitantes, les nouveaux nés et les enfants de moins de 5 ans. - ASACO/CSCOM, CSRéf, Services Techniques, Populations du district sanitaire de Mopti. 	

⁹ Telle que dans le document de projet.

¹⁰ Idem.

Annexe-10 : Indicateurs de rendement du Projet-SMI/Mopti

Indicateurs de rendement	Résultats réels et observations
Augmentation du taux des CPN-1 de 15% (pour les taux initiaux inférieurs à 50%) au niveau des CSCCom	- Augmentation moyenne de 23,1 % de CPN-1, Les aires de santé de : Diambacourou, Komoguel, Sampara et Sévaré-3 avaient un taux moyen de couverture en CPN-1 de 41% au 1er trimestre 2013. Ce taux moyen est remonté à 79% en fin de projet, soit une augmentation de 38%.
Pour la CPN-3 : - Le taux augmente de 20% pour ceux inférieurs ou égaux à 30% - Le taux augmente au moins de 10% pour ceux compris entre 30% et 60%	- Les aires de santé de : ASCOTAMB, Diamabacourou, Fatoma, Médina-coura, Sévaré1&2 Sévaré-3, Socoura et Tongorongou avaient un taux de couverture moyen de 17,4% au trimestre 1 du projet. Ce taux a été rehaussé à 32,7% soit une augmentation de 15,2 % de CPN-3 pour ceux inférieurs ou égaux à 30%. - Les aires de santé de : Komoguel, Niancongo, Sampara, Somadougou, Soufroulaye et Toguel avaient des taux initiaux de couverture en CPN-3 compris entre 30% et 60%. Avec une moyenne de 33,7%. Cette moyenne a été rehaussée à 54,3% soit une augmentation de 20,6%.
2.000 femmes sont exonérées pour les soins de santé maternelle, néonatale et planification Familiale.	- 2.739 femmes ont été exonérées des frais de consultations d'ordonnances et d'analyses médicales.
<p>Bénéficiaires : Les 4.463 séances d'animations communautaires/visites à domicile qui ont touché 45.205 personnes dont 39.307 femmes et 5.898 hommes. On estime le nombre de femmes en âges de procréer directement touchées par les animations communautaires à 8.424 femmes en moyenne par mois sur les 9 mois d'activités des unités volontaires communautaires.</p> <p>Pour l'accès gratuit aux soins, les services de santé fournis ont été : 2.739 cas de CPN-1, 1.082 cas de CPN-2, 1.328 d'Accouchements Assistés aux CSCCom, 444 cas de CPON, 322 cas de PF, 861 cas d'analyses médicales, 1.834 nouveaux nés. Au total, 2.739 femmes ayant bénéficiées d'au moins un service gratuit à travers les coupons d'accès gratuit aux soins.</p>	
<p>Acquis de l'action : <u>Sur l'accès des bénéficiaires aux services de santé :</u> le système de coupons a permis de faciliter un accès financier aux services de la SMI/SR. Il a permis aux femmes identifiées de bénéficier d'une prise en charge gratuite au niveau des structures de santé conventionnées, des services et soins de santé spécifiques en SMI/SR. Le projet a permis une nette hausse des indicateurs de santé.</p> <p><u>Sur les ASACO/CSCCom :</u> le système de coupons d'accès gratuit aux soins a mis les ASACO/CSCCom au centre de l'action. Ce que leur a permis de jouer pleinement leur rôle de premier responsable de la santé dans leurs aires respectives comme le prône la politique sectorielle de la santé du pays.</p> <p><u>Sur la Relance du système de santé dans le district :</u> le projet a favorisé une véritable relance du système de santé dans le district. En effet, il a permis aux ASACO/CSCCom une offre des services et soins de santé de qualité aux populations sur la base de l'Initiative de Bamako, de stimuler une bonne fonctionnalité des ASACO dans ses missions de faire fonctionner un CSCCom, d'impulser la participation communautaire, de redynamiser le système de référence-évacuation, et de favoriser la relance du système de santé conformément à la politique sectorielle de santé du Mali.</p> <p>Aussi, aux dires de plusieurs sources, en particulier les responsables des services techniques, des autorités socio-sanitaires, FERASCOM, FELASCOM, ASACO/CSCCom : « en une année d'intervention, le projet a mieux réalisé que certaines ONG présentes depuis plus de 10 ans dans le cercle, et aussi mieux que l'Etat dans le cadre de la référence-évacuation ».</p>	

Source : Rapport d'évaluation finale du Projet SMI/Mopti

Annexe-11 : Attestation de Stage au SLDSES-Niafunké

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE L'ACTION HUMANITAIRE
ET DE LA RECONSTRUCTION DU NORD

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une foi

DIRECTION REGIONALE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE DE TOMBOUCTOU

SERVICE LOCAL DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET DE L'ECONOMIE SOLIDAIRE DE NIAFUNKE

Attestation de Stage

Je soussigné Mr Ousmane Aly GATTA, Chef du Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) de Niafunké, atteste que Mr Boubacar DOUMBIA, étudiant à 2iE (Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement) de Ouagadougou au Burkina Faso, en Master-2 en « Management des Entreprises et Organisations, Option : Management des crises et Actions Humanitaires (MMEO-MAH-2) », a effectué un stage de recherche de cinq mois (du 1^{er} Aout au 31 Décembre 2015) dans notre structure, dans le cadre de son Projet de Fin d'Etude.

Mr Boubacar DOUMBIA a travaillé sur le thème : « Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali ».

Durant cette période, l'intéressé a fait preuve de professionnalisme, de courage et d'assiduité.

En foi de quoi, je lui délivre cette attestation pour servir et valoir ce que de droit.



Niafunké, le 07 Janvier 2016

Ousmane A. GATTA

Chef du SLDSES-Niafunké

Table des Matières

Avant - Propos	ii
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Résumé	v
Mots Clés :	v
Key Words:	vi
Liste des Abréviations	vii
Sommaire	viii
Liste des tableaux	ix
Liste des graphiques	ix
Liste des illustrations	ix
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1. Contexte	1
1.1. Crise humanitaire au Mali	1
1.2. Instauration de la gratuité	2
1.3. Volonté du Gouvernement du Mali à aller vers la relance du développement économique	3
2. Problématique	4
2.1. Questions de recherche	5
3. Revue critique de la bibliographie	6
4. Définition des concepts	7
<i>I. Objectifs et Hypothèses de l'Etude</i>	<i>8</i>
1. Objectifs de recherche	8
2. Hypothèses de recherche	9
<i>II. Matériels et Méthodes</i>	<i>9</i>
1. Recherche documentaire	9
2. Recherche sur le terrain	10
2.1. Lieux de la recherche	10
2.2. Outils d'enquêtes	10
2.3. Echantillonnage	10
2.4. Administration des outils d'enquêtes, traitement et analyse de données	11
3. Limite de l'étude	12
<i>III. Cadre de l'Etude</i>	<i>12</i>
1. Présentation de la Commune de Soboundou	12
2. Aperçu de la Politique Sectorielle de Santé au Mali	14
3. Gratuité dans le district sanitaire de Niafunké	15
<i>IV. Résultats</i>	<i>17</i>
1. Actions de Save the Children dans la Commune de Soboundou	17
2. Apport des actions de Save The Children sur la santé des populations	18
3. Difficultés rencontrées par les populations pour l'accès aux soins	19
4. Enquête d'Opinions sur la Gratuité au niveau des populations	21
<i>V. Discussions et Analyses</i>	<i>22</i>
1. Discussions et Analyses des Résultats	22
1.1. Apport des actions de Save The Children	22
1.1.1. Sur l'accès des populations aux soins et services de santé	22
1.1.2. Sur la fonctionnalité de l'ASACO	28
1.1.3. Sur le système d'approvisionnement des centres de santé en médicaments DCI	29
1.1.4. Sur le système de référence-évacuation	32
1.1.5. Sur les ressources humaines des centres de santé	33
1.1.6. Sur la mutuelle de santé de la Commune	34
1.1.7. Sur le SLDSES de Niafunké	35

Contribution des ONG urgentistes dans l'accès aux soins de santé des populations : cas de Save The Children dans la Commune de Soboundou, Cercle de Niafunké, la Région de Tombouctou au Mali

1.2.	Synthèse des Discussions et Analyses des Résultats	35
2.	Suggestions	36
2.1.	SEPO/FFOM du Système de Gratuité	37
2.2.	Suggestions et propositions des pistes de solutions	39
2.3.	Recommandations	41
Conclusion		43
Bibliographie		45
Annexes		47