

## EDITORIAL

Parmi les grands événements qui ont marqué le 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2005, nous avons retenu le lancement de la campagne nationale de sensibilisation pour la promotion de la planification familiale et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord le taux de couverture contraceptive au Mali est bas (8%). Or il est démontré que la contraception familiale réduit la mortalité maternelle et infantile. Et notre pays a l'un des taux de mortalité infantile le plus élevé dans la sous région (113‰). Cette campagne nationale de sensibilisation est donc la bienvenue pour donner une forte impulsion aux activités de planification familiale (PF) par une large information de la population. Il existe d'autres possibilités de réduction de la mortalité néonatale. Le nouveau schéma thérapeutique de la politique nationale de lutte contre le paludisme s'inscrit dans ce cadre. Il en est de même de l'élaboration du plan stratégique national pour l'alimentation et la nutrition (PSNAN). La validation de ce document d'orientation stratégique vient montrer que la politique en alimentation et en nutrition est l'affaire de tous et non celle d'un seul département.

Selon EDS III, 61% des accouchements au Mali se passent à domicile. Selon nos résultats à Kolokani, 51% des femmes ont accouché à domicile et 49,2% des accouchements ont été gérés par les accoucheuses traditionnelles (AT). Toujours à Kolokani, 78% des décès néonataux se sont déroulés à domicile. Seule l'assistance à l'accouchement par du personnel formé permettra de réduire ce fléau. Mais dans le contexte actuel il est impossible de résoudre ce problème sans s'intéresser aux AT. Quel rôle faut-il faire jouer à ces AT ? Nous vous proposons les 1ers résultats des focus groupes réalisés avec elles sur la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Ce taux élevé d'accouchement non assisté ou à domicile traduit la sous fréquentation de nos services de santé malgré les efforts consentis par le gouvernement et les partenaires. Grâce au financement de OMS/AFRO, le CREDOS s'est penché sur la sous fréquentation des services de santé dans deux cercles de la région de Koulikoro : Banamba et Dioila. Les facteurs économiques sont l'une des principales causes de cette sous fréquentation. Une des recommandations est de lutter contre la pauvreté par la création de mutuelle de santé aidant les plus pauvres à bénéficier des services fournis par les centres de santé communautaire (CSCOM) et les centres de santé de référence (CSRéf). Cela explique que nous avons demandé à l'Union Technique de la Mutualité de nous faire partager son expérience en matière de développement des mutuelles de santé et la problématique de la santé de la mère et de l'enfant au Mali.

Pr Toumani Sidibé

### **La planification familiale réduit la mortalité maternelle et infantile.**

En Afrique subsaharienne, les performances dans le domaine de la santé maternelle et infantile sont les plus faibles au monde comme en témoignent les niveaux des différents indicateurs. Le taux de mortalité infantile y est de 104 pour mille contre 54 dans le monde. Au Mali, il est de 113 pour mille. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 175 pour mille contre 80 pour mille dans le monde. Il est de 229 pour mille au Mali. Le taux de mortalité maternelle est de 940 pour 100.000 naissances vivantes (contre 400 pour 100.000 naissances vivantes dans le monde), et il est de 582 pour 100.000 naissances vivantes au Mali.

Ces chiffres alarmants sont connus depuis longtemps et les facteurs qui les favorisent, qu'ils soient d'ordre sanitaire, économique, culturel, organisationnel, législatif ou statistique, le sont encore plus.

Un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé indique que « Plus de 2 ans d'intervalle de naissance économise des vies et la planification familiale bien conduite économise des vies humaines ».

Au Mali, selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé EDSM-III, seules 8% des femmes de 15-49 ans utilisent les services de planification familiale. Et, il est estimé que près d'un tiers des femmes en union(29%), ont des besoins non satisfaits de planification familiale. En outre, 40% des jeunes femmes de 15-49 ans sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant même si 76% des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Face à cette situation pas très reluisante, il conviendrait d'inverser la tendance. C'est ce qui explique d'ailleurs le lancement de la présente campagne de promotion des services de la planification familiale. D'abord que faut-il entendre par planification familiale ?

La planification familiale c'est lorsqu'une femme ou un couple, en toute responsabilité et en toute connaissance de cause, en fonction de son désir de procréation, du choix des méthodes, de sa religion et de sa conviction personnelle décide de la maîtrise de sa fécondité, du nombre de ses enfants, de l'espacement des naissances et de la période entre les grossesses en vue de son bien-être, de celui de sa famille et de la communauté tout entière. Ainsi s'exprimait le ministre de la tutelle à l'occasion du lancement de la campagne nationale de sensibilisation pour la promotion de la planification familiale. Campagne dont le lancement a eu pour cadre la salle des mille places du Palais des Congres de Bamako. Organisée par le ministère de la santé en tandem avec quelques partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et PSI, la cérémonie de lancement était présidée par Ousmane Issoufi Maiga, Premier ministre, chef du gouvernement qui avait à ses côtés le ministre de la santé Maiga Zeinab Mint Youba. Etaient également présents au rendez-vous les membres du gouvernement, les députés, les membres du corps diplomatique et consulaire, les représentants des Organisations Internationales, les partenaires techniques et financiers, les services centraux du Ministère de la santé, la société civile etc.

L'objectif de la campagne était double : donner une forte impulsion aux activités de planification familiale par une large information de la population d'une part et d'autre part amener les principaux acteurs à déterminer la manière de poursuivre ces activités à la fin de la campagne.

Il s'agissait alors pour les services de santé à tous les niveaux de s'engager fortement pour l'encadrement, l'animation, le suivi et la formation des ONG et associations intervenant dans le domaine, l'information, le bon accueil des populations et disposer en permanence de l'ensemble des méthodes retenues par la politique nationale.

En annonçant les couleurs de la rencontre, le président du Haut Conseil Islamique du Mali Hady Thierno Thiam a d'abord défini le lien existant entre l'islam et les questions de santé de la reproduction. Pour lui, ces questions qui datent de très longtemps ont toujours occupé une place de choix pour l'ensemble de la Ouma islamique.

Abondant dans le même sens, le ministre de santé Maiga Zeinab Mint Youba a mis l'accent dans son discours sur les dangers des grossesses rapprochées et le faible niveau de planification familiale. Selon elle, il ressort des données de EDSM-III que l'indice synthétique de fécondité est de 6.8. En plus, 52% des femmes utilisatrices de la contraception s'approvisionnent au niveau du secteur médical public principalement au niveau des CSCOM et des hôpitaux contre 34% au niveau du secteur privé médical et une infime partie 14% au niveau des boutiques, amis, parents et autres. Toujours selon Maiga Zeinab Mint Youba, compte tenu des faibles performances dans le domaine de la santé maternelle et infantile, la nécessité s'impose aujourd'hui de redéfinir la stratégie d'intervention et procéder à une accélération de sa mise en œuvre cela conformément aux orientations de la conférence d'Alma Ata de 1978.

Pour le chef de l'exécutif Ousmane Issoufi Maiga, il faut repositionner le planning familial afin de contribuer au bien-être des individus. Il a par ailleurs invité l'ensemble des acteurs à tous les niveaux : pouvoirs publics, décideurs, organisations de la société civile à agir en faveur de l'espacement des naissances, source selon lui de bien-être des populations.

Le public qui a effectué le déplacement a eu droit à une projection de film d'une vingtaine de minutes environ sur les avantages du planning familial.

### *Gestion de la grossesse et de l'accouchement par les accoucheuses traditionnelles.*

**Après le lancement du protocole de recherche sur l'asphyxie du nouveau-né dans le district sanitaire de Kolokani le 05 août 2004, l'étude proprement dit a démarré par une enquête de base qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> septembre au 04 octobre 2004. Le questionnaire n° 2 objet du focus soumis aux accoucheuses traditionnelles(AT) est une partie intégrante de l'étude sur l'asphyxie du nouveau-né. Il comprend 4 thèmes. Dans ce numéro, nous vous proposons les thèmes portant sur la gestion de la grossesse avec 6 questions et de l'accouchement avec 7. Après analyse des différentes réponses aux dites questions, aire de santé par aire de santé, les constats suivants se dégagent :**

**Dans le District sanitaire de Kolokani, la grossesse a soit une signification mystique du fait que sa conception et son développement échappent à l'homme, soit elle ne représente rien d'autre qu'un phénomène naturel.**

**Les consultations prénatales au niveau des accoucheuses traditionnelles sont irrégulières, occasionnelles, les femmes ne venant que pour des affections diverses. Et puis, ces consultations interviennent à différents moments c'est-à-dire à 3 mois de la grossesse et à la veille de l'accouchement. Généralement les accoucheuses traditionnelles prodiguent des conseils et donnent des médicaments. Les conseils aux femmes enceintes portent sur les interdits alimentaires et comportementaux tels que légués par la tradition ancestrale. Sont prodigués également des conseils à partir des connaissances acquises lors des formations au niveau des centres de santé. Il s'agit de :**

- Ne pas se courber pour manger ou pour travailler ;**
- Se faire consulter au centre de santé pour les cas où les accoucheuses traditionnelles elles-mêmes ont des problèmes ;**
- Ne pas laver assez souvent les bébés ;**
- Donner le sein au bébé avant toute autre boisson, comme l'eau par exemple.**

**Par ailleurs, les médicaments offerts par les AT sont à base de plantes médicinales tirées de la flore locale, de ressources animales et minérales. Les principales plantes utilisées**

portent sur près d'une quinzaine d'espèces, soit en infusion des feuilles, soit en décoction de racines ou en macération des deux. Ce sont : le néré (*Parkia biglobosa*), le tomi (*Tamarindus indica*), le goundié (*Guiera senegalensis*), le si (*Butyrospermum parkii*), le woulounitlo, littéralement "l'oreille du petit chien" (*Ipomoea* sp), le noncikou, littéralement "queue du caméléon" (*Heliotropium indicum*) est de loin la plante la plus utilisée par les AT dans les douleurs pelviennes ; le ngagnaka (*Combretum velutinum*), le niam et le niamaba deux variétés de la même espèce (*Bauhinia reticulata*, *Bauhinia thonningii*), utilisées à la fois pour la mère que pour le nouveau-né ; le mangoro (*Manguifera indica*), le dabadaba (*Walteria americana*), le bouana (*Acacia nilotica*), le ladon de ntéléké, legui (*Loranthus de Cordyla myxa*), le sindian (*Cassia sieberiana*) utilisé dans le traitement de l'ictère chez la femme enceinte ; le दौरaogalani (*Feretia apodantera*), le sagouan (*Bridelia ferrugina*), le sanambolo (le clou de Daniela oliveri), etc.

Les ressources animales concernent la chair d'animaux sauvages, comme le rat palmiste ou nguélèni (*Xerus erythropus*). Quant à celles minérales, ce sont la terre des termitières et leurs débris, les nids de lapin et les terres qui les recouvrent, etc.

Les AT ont recours aussi à des pratiques mystico-religieuses telles que les objets de protection guérison (tafo), les incantations et les prières. Dans l'univers des bambara, les tafo ou ceintures de cordelettes à multiples nœuds pouvant être utilisées comme colliers jouent à la fois une fonction de protection, (prévention) et une fonction de guérison (curative). Elles ont recours à cette pratique pour les cas d'hydramnios contre lesquels elles affirment leur efficacité contre certaines maladies du bébé aussi.

Quant aux incantations, elles s'appliquent à l'eau sur laquelle on récite des paroles magiques ou autres, ensuite au beurre de karité lors des massages des parturientes ou des cas de massages simples. Pour les prières, les AT y ont recours en début de travail implorant Dieu de faciliter l'action qui va commencer et en milieu de travail quand elles sentent des difficultés en vue de les aplanir.

D'une manière générale, les maladies les plus fréquentes rencontrées par les AT sont nombreuses, variables, sujettes à des interprétations et dénominations variant d'une aire de santé à l'autre. Ce sont le plus souvent les maladies classiques de la grossesse : douleurs pelviennes, infections vaginales, paludisme, anémie, hydramnios etc. , compromettant la santé de la mère et de l'enfant.

S'agissant du thème portant sur l'accouchement, il est important de noter qu'il n'existe pratiquement aucun lieu spécifiquement aménagé dans les villages visités des différentes aires de santé. Les accouchements ont lieu au domicile de la parturiente et apparentés, rarement chez l'AT. Il n'y a pas de table d'accouchement. Il se fait à même le sol sur un pagne ou une natte couverte de pagne ou sur une alèse. Le processus de l'accouchement est un mélange de pratiques traditionnelles (faire des incantations à l'eau pour la parturiente afin que les douleurs se calment ; faire des massages au dos et au ventre ; en cas de nécessité, asperger sa partie génitale d'eau savonneuse, toutes choses pouvant accélérer les contractions) et modernes pour celles qui ont reçu une formation (balayer la chambre d'accouchement ; se laver les mains au savon ; installer le pagne ou l'alèse ; stériliser la lame de rasoir à l'alcool ; et enfin mettre en place fil et bande ombilicaux).

Les AT formées ont dans la plupart des cas reçu une formation sur l'hygiène du matériel d'accouchement réduit au strict minimum : lame de rasoir, savon de Marseille, alcool, fil, etc.

En conclusion, on peut dire que toutes les aires de santé connaissent des cas d'accouchements difficiles dont le seuil de difficulté se mesure au temps de travail de la parturiente, qui varie d'une journée à une nuit, temps au-delà duquel la référence s'impose aux AT. Ce facteur temps est la manifestation de difficultés liées à la

**présentation des bébés à la naissance (siège, transversale, pieds, etc.) ou de situation comme une circulaire du cordon, le placenta praevia, etc.**

### **Quels sont les facteurs favorisant la sous-fréquentation des centres de santé ? Le CREDOS se penche sur la question.**

Au Mali, la mise en place des centres de santé communautaire (CSCOM) a connu une évolution progressive. De 370 en 1998, leur nombre s'élevait à 660 en fin 2003. En 1995/1996 les résultats de l'enquête démographique et de santé EDS II ont estimé que 30% de la population située dans un rayon de 5km et 50% dans un rayon de 15 km avaient accès au paquet minimum d'activités (PMA). En 2001 on a noté une évolution positive de la proportion de la population ayant accès au PMA puisque 40% d'entre elle se trouvaient à moins de 5 km d'une structure de santé offrant le PMA et 63% à moins de 15 km.

L'adoption de la politique nationale des médicaments devait permettre de baisser le coût des ordonnances. Or le coût moyen de l'ordonnance dans les CSCOM varie entre 760 et 1845 Fcfa selon la région concernée et celui du centre de référence varie de 1302 à 2430 Fcfa.

**Concernant le personnel sanitaire, le ratio par habitant reste toujours faible par rapport aux normes internationales. Par exemple en 2001 pour le 1<sup>er</sup> niveau de contact, les ratio étaient de :**

- 1 Médecin pour 14 612 hbts (norme OMS étant de 1/10 000) ;
- 1 infirmier pour 13 989 hbts (norme OMS étant de 1/10 000) et
- 1 sage femme pour 21 440 hbts (norme OMS étant de 1/10 000).

**Il existe une mauvaise répartition des ressources humaines. Le personnel spécialisé est concentré au niveau des hôpitaux et services spécialisés dont 90% sont implantés à Bamako.**

Les normes et procédures dans beaucoup de domaines ont été disséminées pour l'amélioration de la qualité des soins. Mais force est de constater que depuis la mise en œuvre du PRODESS en 1998, le taux d'utilisation de la consultation curative est passé de 0,17 Nc/An/hbts en 1998 à 0,19 NC/An/hbts en 2003. L'objectif prévu de 0,50 NC/An/hbts est loin d'être atteint. Quant aux taux de couverture de la consultation prénatale et des accouchements assistés, ils ont été estimés respectivement à 57% et 45% selon les résultats de EDS III contre 80% prévu en 2002.

Par ailleurs, les résultats d'une étude sur la qualité des soins en milieu urbain (Bamako) restitués en 2000 ont permis de dégager que le coût élevé de la consultation (la surtarification,

la multiplicité des ordonnances) et du transport agissent négativement et de façon significative sur la demande de soins quel que soit le type de formation et le statut économique du malade. Egalement, il existe une iniquité dans l'accès aux soins ; les pauvres ont surtout recours à l'automédication (coût moins élevé de l'ordre de 300 à 350 FCFA) et aux tradithérapeutes.

**Au vu de tout ce qui précède, on pourrait alors s'interroger sur les causes actuelles de cette sous fréquentation des services de santé de premier niveau. C'est pourquoi, le CREDOS, sur financement de l'organisation mondiale de la santé (OMS/AFRO) a initié une étude en vue d'identifier les déterminants qui pourraient expliquer cette situation. Cela afin de dégager des stratégies pour amener les populations à mieux fréquenter les centres.**

**L'étude même avait pour objectif d'étudier les causes de la sous fréquentation des services de santé. De façon spécifique, il s'agissait d'identifier ces causes, de les analyser et de proposer des recommandations permettant d'inverser la tendance. Elle s'est déroulée à Koulikoro, la deuxième région administrative du 19 avril 2004 au 08 mai 2004.**

**La restitution de l'étude a eu lieu dans la salle de conférence de l'OMS le 27 mai 2005. Elle a réuni autour du Directeur National Adjoint de la santé les représentants de : Direction Nationale de la Santé, Cellule de Planification et de la Statistique, Direction Nationale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la famille, Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Direction Régionale de la Santé de Koulikoro, Centres de Santé de Référence de Banamba et de Dioïla, Plan International, OMS, USAID, HKI, Assistance Technique Nationale(USAID).**

**Dans la région de Koulikoro, le cercle de Dioïla a été choisi à cause de son faible taux d'utilisation de la consultation curative 0,08 NC/An/hts et celui de Banamba pour son taux le plus élevé 0,16 NC/An/hts. Dans chaque cercle, les aires de santé ont été stratifiées. A l'intérieur de chaque strate, un CSCOM a été choisi de façon aléatoire, c'est-à-dire 4 CSCOM par cercle. Dans chaque CSCOM, nous avons choisi deux villages dont un situé à moins de 5Km et un autre situé entre 5 et 15Km. Dans chaque village, 68 mères ayant des enfants de moins de 5 ans ont été interrogées. Ont été concernés par cette étude:**

- Les centres de santé communautaires (CSCOM) ;
- Le chef de poste du CSCOM ;
- Le personnel du CSCOM ;

- Les responsables de l'Association de Santé Communautaire(ASACO) ;
- Les populations résidant dans les aires de santé.

Les techniques utilisées ont été l'interview, l'observation et le focus. Les questionnaires utilisés étaient relatifs à l'équipement des CSCOM retenus, aux chefs de poste des CSCOM, au personnel travaillant dans les CSCOM, aux principaux responsables des ASACO, aux mères ayant des enfants de 0-5 ans résidant dans les zones de l'étude depuis au moins 6 mois.

Un sixième questionnaire pour focus group a été adressé à un groupe de leaders parmi les hommes (chef de village, imam, prêtre, représentant d'associations) et à un groupe parmi les femmes ( présidente des femmes, représentantes d'associations ou d'ONG féminines).

L'étude a trouvé que les déterminants qui pouvaient influencer la fréquentation des centres de santé étaient de plusieurs ordres : les facteurs liés aux structures ; les facteurs économiques ; les facteurs socioculturels et les facteurs liés à la qualité des soins.

Il ressort de cette étude que les femmes de Banamba fréquentaient plus les CSCOM, consultaient plus en cas de maladie des enfants et étaient plus fréquentes à faire des consultations prénatales que celles de Dioila. Il en était de même pour le suivi des enfants qui était plus assuré à Banamba(54,3%) qu'à Diola (7,3%).

Mais à l'analyse des déterminants de la sous fréquentation des centres, il apparaît qu'il existe beaucoup de facteurs communs aux deux cercles :

- Le problème de l'accessibilité géographique plus marqué à Banamba qu'à Dioila avec l'utilisation de moyens locaux de locomotion ;
- L'influence de la saison sur le taux de fréquentation des centres : indisponibilité des parents avec les travaux champêtres, recrudescence de certaines pathologies infantiles en fonction des saisons;
- Le recours à l'automédication et aux guérisseurs ;
- L'analphabétisme des mères avec plus de 85% qui sont illettrées;
- Le manque d'information sur les services offerts par les CSCOM en particulier la consultation postnatale, le suivi des enfants ;
- L'absence de carte d'adhésion traduisant un rôle peu mobilisateur des ASACO ;
- Les facteurs socioculturels tels que le rôle décisif des maris dans la prise de décision.

Les quelques éléments distinctifs retrouvés à Banamba pouvant expliquer une meilleure fréquentation sont liés entre autres au personnel (avec des chefs de poste plus âgés, peut-être plus expérimentés, moins qualifiés mais ayant subi des formations continues, plus stables favorisant des relations de confiance) ; aux facteurs économiques (avec un coût d'ordonnance moins élevé à Banamba qu'à Dioila malgré la plus grande disponibilité des médicaments et

des vaccins à Dioila) ; à une meilleure qualité de l'accueil et à la prise en compte de l'aspect genre dans la composition des bureaux de l'ASACO à Banamba.

L'analyse des résultats obtenus nous a permis de faire certaines recommandations :

A l'endroit des autorités, les recommandations sont d'ordre logistique (doter les CSCOM de grosses motos pour atteindre les personnes éloignées grâce à la stratégie avancée) et financier (lutter contre la pauvreté par la création d'une mutuelle de santé aidant les plus pauvres à bénéficier des services des CSCOM).

Quant au personnel de santé, il est appelé à informer et sensibiliser davantage les populations sur l'importance de la consultation prénatale, du programme élargi de vaccination, des accouchements aux CSCOM et de la consultation postnatale ; d'adopter la prescription de médicaments génériques pour diminuer le coût des ordonnances.

A l'endroit des communautés, il a été recommandé de sensibiliser les maris sur l'importance des consultations pré et postnatales et de les informer des effets néfastes de l'automédication et des accouchements à domicile.

## Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN) : A quand son adoption ?

L'Enquête Démographique et de Santé de 2001 EDSIII a montré que 40% des enfants âgés de moins de trois ans ont une insuffisance pondérale. La prévalence de l'anémie chez ceux âgés de moins de cinq ans et chez les femmes en âge de procréer est respectivement de 83% et 63%. La prévalence de la cécité nocturne chez les femmes enceintes dépasse le seuil de 5% indiquant un problème de carence en vitamine A chez la population. Cette situation de carences multiples est paradoxalement restée stagnante depuis plus de 15 ans en dépit des efforts du gouvernement dans la lutte contre la pauvreté, et le soutien aux politiques sectorielles dont le PRODESS.

Les carences nutritionnelles coexistent particulièrement chez les femmes en âge de procréer en milieu urbain avec l'augmentation rapide du surpoids et de l'obésité. Les maladies dites de pléthore (diabète, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires) représentent des causes non négligeables d'hospitalisation.

Les conséquences des problèmes nutritionnels sont immenses en terme de pertes de vies humaines et économiques. Les carences en micronutriments (vitamine A, fer et iode) sont responsables à elles seules de 2,7% des pertes annuelles du Produit Intérieur Brut (PIB). Cette situation nutritionnelle de plus en plus complexe et coûteuse sur le plan santé publique nécessite l'émergence d'une vision nationale et des orientations politiques précises. C'est pour cette raison que le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires, sur financement du Projet Santé USAID/Assistance Technique Nationale (ATN), ont organisé du 09 au 11 mai 2005 un atelier de validation du Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la Nutrition (PSNAN).

**Le document validé lors de cet atelier a pour objectif général d'améliorer la cohérence et l'efficacité des politiques et programmes sectoriels ayant un impact direct ou indirect sur l'alimentation et la nutrition des populations en vue de réduire la mortalité. Il est fondé sur les principes d'équité, de décentralisation, de capitalisation des expériences passées et en cours, de pérennité et de partenariat.**

Le PSNAN s'articule autour de huit composantes essentielles soutenues par des volets transversaux tels que la formation, le cadre institutionnel, les mécanismes du suivi et d'évaluation et de financement.

- **La Composante 1** se réfère à la **disponibilité alimentaire** et donc à la capacité du pays à mettre à la disposition des populations de façon permanente les aliments de base. Ses principales stratégies portent sur la maîtrise de l'eau, l'intensification de la production céréalière (mil sorgho, riz et maïs), l'augmentation de la productivité, la valorisation et la transformation des produits maraîchers. Ses autres stratégies sont l'intensification de l'élevage du bétail, de l'aviculture et de la pisciculture. D'autres encore sont la construction des réseaux de communication et de transports et la constitution de stocks tampons décentralisés et leur usage rationnel.
- **La Composante 2** se réfère à l'**accessibilité alimentaire** et renseigne sur la capacité des ménages à couvrir leurs besoins alimentaires et nutritionnels. Ses principales stratégies sont l'intensification des actions sur la communication pour le changement de comportements, les activités génératrices de revenus, l'accès au micro-crédit, la promotion des mécanismes de solidarité en faveur des femmes et des ruraux et l'extension/renforcement des projets d'électrification rurale.
- **La Composante 3** se réfère à l'importance de l'**éducation** et ses relations avec l'état nutritionnel. Ses principales stratégies sont l'augmentation du taux de scolarisation dans les zones défavorisées, l'augmentation du taux d'alphabétisation fonctionnelle, l'amélioration de la qualité de l'éducation par les programmes de santé et nutrition scolaire et l'amorce d'amélioration des conditions des élèves dans les écoles coraniques.
- **La Composante 4** traite les **parasitoses et contaminations des aliments et de l'eau** comme déterminants de la situation nutritionnelle. Ses principales stratégies sont la sécurité sanitaire des produits alimentaires, l'accès et l'utilisation de l'eau potable, le renforcement du système de normalisation, le contrôle des anthroozoonoses et la réglementation du mode de transport des denrées alimentaires périssables.
- **La Composante 5** vise l'amélioration des pratiques de **récupération nutritionnelle** des enfants malnutris. Les principales stratégies de cette composante sont la révision et la diffusion des normes et procédures en nutrition au niveau des régions, l'équipement des unités de récupération nutritionnelle et la formation des agents qui y travaillent, la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives et la récupération nutritionnelle au niveau communautaire.
- **La Composante 6** se réfère à la **promotion nutritionnelle** à travers des stratégies préventives d'amélioration des comportements et de pratiques d'alimentation et l'adoption des modes de vie sains. Les principales stratégies retenues pour cette composante sont le renforcement des activités de nutrition dans le PMA des services de santé et au niveau communautaire, l'appui institutionnel au réseau des intervenants dans l'alimentation et la nutrition, les mesures générales de santé publique de prévention des maladies métaboliques liées aux modes de vie malsains, infectieuses et parasitaires, la santé scolaire, le développement et mise en œuvre des curricula d'enseignement de la nutrition dans les écoles fondamentales, et la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- **La Composante 7** se réfère à la lutte contre les carences en micronutriments (vitamine A, Fer, Iode, Zinc) et l'anémie. Les principales stratégies retenues varient selon le type de carences. Elles portent sur les suppléments, les approches de diversification alimentaire et la fortification (industrielle, à domicile et à petite échelle). L'approche intégrée de lutte contre l'anémie a été privilégiée.
- **La Composante 8** se réfère à la prévention et la gestion des **urgences alimentaires et nutritionnelles**. Les principales stratégies définies sont l'harmonisation des méthodes d'évaluation des situations d'urgence, le renforcement et l'intégration des dispositifs de prévention et de gestion des crises conjoncturelles, la promotion du code foncier, la gestion rationnelle des ressources naturelles, la lutte contre l'érosion et la décentralisation des stocks de sécurité alimentaire pour les ventes d'intervention.

Ces composantes du PSNAN sont soutenues par un volet formation initiale et de formation en spécialistes. La planification des formations des spécialistes en analyse des systèmes alimentaires, technologie alimentaire, nutrition et diététique ainsi que le renforcement de la formation initiale dans les facultés, instituts et écoles publiques et privées seront pris en compte lors de l'élaboration des programmes sectoriels.

Le mécanisme de coordination suggéré du PNSAN propose la relecture des textes de création du Commissariat à la Sécurité Alimentaire (CSA) en élargissant ses missions à la dimension nutrition. Dans cette perspective, il pourra devenir le Commissariat à la Sécurité Alimentaire et nutritionnelle (CSAN). Le CSAN assurera le suivi et l'évaluation du PSNAN. Les indicateurs de suivi par composante et la périodicité de collecte des données ont été définis. L'utilisation de ces indicateurs permettra le suivi des progrès à travers la mise à jour régulière du SISINAS, composante du site web : [www.malinut.net](http://www.malinut.net).

Le PSNAN est un document d'orientations stratégiques de politiques en alimentation et nutrition. Il sera en conséquence opérationnalisé par les différents départements ministériels sous forme de programmes sectoriels. Les défis majeurs actuels sont d'obtenir dans les mois à venir l'adoption et la diffusion du PSNAN et d'amorcer immédiatement après la réforme institutionnelle suggérée la préparation des programmes sectoriels basé sur le mandat de chaque secteur et les priorités politiques définies dans ledit plan.

**Fatimata Ouattara USAID/ATN**  
**Mohamed Ag Bendeck/HKI**  
**Fodé Boundy CPS/Santé**

Le développement des mutuelles de santé et la problématique de la santé de la mère et de l'enfant au Mali.

Dix ans après la mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé au Mali et la première phase du programme décennal de développement sanitaire et social, le constat du faible taux d'utilisation des services de santé a été révélée par toutes les évaluations. Ce taux demeure

encore plus faible pour la cible mère/enfant que la moyenne de la population. Si un des objectifs affichés par cette politique demeurait l'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé de qualité, force est de constater que des efforts restent encore à faire.

Pour palier la faiblesse de l'utilisation des services, les stratégies de financement alternatif ont été adoptées par les autorités du pays. Il s'agit de promouvoir le développement des mutuelles de santé. La mutualité malienne sous l'impulsion de l'Union Technique de la Mutualité a lancé depuis 1998 sa stratégie de développement des mutuelles de santé qui s'articule autour de deux axes. La promotion de l'assurance maladie volontaire (AMV) qui est un produit prêt à être diffusé par les mutuelles dans les grands centres urbains et le développement des mutuelles à la carte avec leurs propres prestations particulièrement en milieu rural.

La région de Sikasso a dans ce domaine été la région où le développement des mutuelles rurales a connu un essor particulier avec la prise en compte de la dimension de la santé de la mère et de l'enfant dans le ciblage des personnes couvertes. Dans la mise en place des mutuelles à la carte, une des préoccupations qui ressort dès les premières enquêtes pour la réalisation des études de faisabilité demeure la prise en charge des femmes en âge de procréer et les enfants de zéro à cinq (0-5 ans) en général. Dans la majorité des processus de mise en place des mutuelles, les scénarii retenus sont ceux portant sur la prise en charge des enfants et des mères. Ces choix se justifient par le fait que pour la plupart des populations cette cible est plus vulnérable en matière de santé et qu'il faut accorder une attention particulière à l'enfant à l'âge où il est plus exposé aux maladies. Les contraintes financières constituent également une explication du fait que les cotisations ne peuvent pas couvrir tout le monde. Les femmes et les enfants sont les premiers à être couverts avec le souci d'étendre progressivement la couverture à l'ensemble de la population.

Plusieurs acteurs interviennent à l'heure actuelle dans l'appui à la mise en place des mutuelles de santé. Ces derniers mettent un accent particulier sur l'implication des femmes dans le processus de mise en place des mutuelles et leur représentativité dans les organes de gestion. Dans la région de Sikasso où les mutuelles rurales dominent, elles assurent toutes en plus de la prise en charge des consultations et les médicaments, les urgences obstétricales à 100% dans le cadre du système de référence/ évacuation. La santé de la mère et de l'enfant est une préoccupation pour le mouvement mutualiste malien, ainsi plusieurs activités pour assurer une meilleure utilisation des services ont été proposées à cette cible. Dans la mutuelle de santé des cotonniers de Nongon par exemple, la mutuelle assure la prise en charge des médicaments à 75% pour les enfants de (0 – 7 ans) et les femmes enceintes contre 50% pour

le reste de la population, 100% dans le cas des urgences obstétricales (part à la charge de la parturiente). Ce choix a conduit à une amélioration des indicateurs de santé pour cette catégorie et la population en général.

La mutuelle de santé est un groupement qui, essentiellement au moyen de cotisations de ses membres, se propose de mener dans l'intérêt de ceux-ci et de leur famille une action d'entraide, de prévoyance et de solidarité. La capacité de contribution des futurs adhérents étant un déterminant majeur des choix en matière de prestations et de population couverte s'impose à elle très tôt. Face à cette réalité, les mutuelles ont toujours tranché en faveur de la mère et de l'enfant. Cette prise en charge est encore facile dans les zones où le système de référence/ évacuation est organisée. La mutualité malienne consciente que la santé de la mère et de l'enfant constitue une priorité initie des projets pouvant permettre aux femmes d'exercer des activités génératrices de revenus afin que la non disponibilité de ressources financières ne soit pas une entrave à l'accès aux soins de santé. Plus que jamais la synergie entre les différents mécanismes de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant doit s'imposer pour une utilisation plus efficace des services de santé.

Issa Sissouma

Dr Oumar Ouattara

**Union Technique de la  
Mutualité malienne**

## **LE NOUVEAU SCHEMA THERAPEUTIQUE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU MALI.**

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique en Afrique au sud du Sahara. Il est endémique dans 43 pays de la Région africaine. Chaque année, le continent enregistre près de 400 millions de cas dont un million de décès. Ce sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui payent le plus lourd tribut. D'ailleurs, il a été noté que son impact socio-économique a été estimé à 12 milliards US \$ pour la seule année 2000. Ce qui fait du paludisme une maladie de pauvreté, réel frein pour le développement du continent.

Le Mali fait partie des pays endémiques de paludisme. Il est responsable de 45% des motifs de consultation dans les services de santé et est la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans. Face aux ravages causés par cette pandémie, le pays s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 1993 après sa participation à la Conférence ministérielle d'Amsterdam. C'est dans cette mouvance que le Programme National de Lutte contre le Paludisme a été créé pour élaborer, coordonner, et faire appliquer les stratégies de lutte contre la maladie.

Par la suite le pays a adhéré à l'initiative Roll Back Malaria/ Faire reculer le paludisme (1999), souscrit à la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) sans oublier les objectifs de développement du millénaire (ODM). De 1987 à 2003 la chloroquine avait été recommandée comme médicament de première intention dans la chimioprophylaxie et le

traitement des accès palustres simples. La quinine était réservée pour le traitement du paludisme grave et compliqué.

Cependant force est de constater une résistance croissante du parasite aux antipaludiques surtout à la chloroquine. De nombreuses études effectuées par le Malaria Research and Training Center du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires et l'INRSP ont montré l'existence croissante de cette chloroquino-résistance qui varie de 10 à 60% selon les localités du Mali. Cela constitue un problème inquiétant dans la lutte contre le paludisme.

Pour atteindre les objectifs d'Abuja, le Mali a commencé le processus de révision de sa politique nationale de lutte contre le paludisme depuis juin 2003. Cette révision se justifiait par le constat des échecs thérapeutiques et de l'atteinte des seuils de résistance du plasmodium falciparum à la chloroquine. Ces constats ont amené le Mali avec l'appui de ses partenaires à introduire de nouveaux médicaments pour la prise en charge efficace des cas de paludisme au sein des formations sanitaires : il s'agit des combinaisons thérapeutiques à base d'Arthémésinine(CTA). Les avantages que ces combinaisons présentent sont : la grande efficacité, l'amélioration rapide des symptômes cliniques, la réduction des porteurs des gamétocytes, de la durée du traitement à 3 jours en combinaison thérapeutique et un large spectre d'activité anti-parasitaire. Ces CTA coexisteront avec les antipaludiques déjà existants qui doivent être éliminés progressivement.

Aussi, il a été jugé opportun pour les autorités d'élaborer un plan d'action de mise en œuvre de l'introduction de ces nouveaux schémas de traitement dans la politique nationale.

La politique nationale de lutte contre le paludisme a pris une dimension multisectorielle avec l'implication des communautés, l'Etat, les Universités et Ecoles de santé, les Associations et Organisations non gouvernementales nationales et internationales, les initiatives privées et les Partenaires au développement (bilatéral et multilatéral). Ce partenariat basé sur les avantages comparatifs vise à rendre efficace la conjonction des interventions de toutes les parties prenantes.

L'introduction de cette nouvelle politique se fera de façon progressive sur toute l'étendue du territoire national. Son objectif général consiste à introduire de façon progressive le nouveau schéma thérapeutique pour la prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme au sein des formations sanitaires d'ici le 31 décembre 2008.

De façon spécifique il s'agit de :

- Assurer la disponibilité et l'utilisation des tests de diagnostic biologique rapide de paludisme ;
- Renforcer le niveau de compétence des prestataires à la prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme au niveau des hôpitaux, CSRéf, CSCOM et autres formations sanitaires ;

- Intégrer les produits du nouveau schéma thérapeutique dans la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Rendre disponible les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine antipaludique (CTA) au niveau des formations sanitaires publiques, CSCOM, privées et autres ;
- Assurer le suivi par la prise en compte du nouveau schéma thérapeutique dans le guide de supervision pour les prescripteurs ;
- Assurer le monitoring des activités d'introduction des CTA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Promouvoir un changement de comportement favorable des prescripteurs et utilisateurs de service à l'application des CTA ;
- Evaluer la mise en œuvre de l'introduction des CTA ;
- Faire la recherche opérationnelle sur l'utilisation des CTA au fur et à mesure que se développe leur extension.

Pour assurer la mise en œuvre du nouveau schéma thérapeutique de lutte contre le paludisme, les stratégies et activités suivantes seront développées en conformité avec le Schéma Directeur Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDAME). Il s'agit de :

- Réviser la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Elaborer le guide thérapeutique et diagnostic du nouveau schéma de combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine ;
- Elaborer des modules de formation sur la prescription des médicaments du nouveau schéma thérapeutique ;
- Elaborer des fiches d'information sur les pratiques de dispensation des médicaments du nouveau schéma thérapeutique ;
- Renforcer la capacité de prise en charge correcte des cas tant à domicile que dans les formations sanitaires (pourvoyeurs de soins à domicile et personnels de santé du secteur public et privé) ;
- Réaliser une étude sur les contraintes d'accessibilité financière, géographique et technique aux médicaments du nouveau schéma de combinaisons thérapeutiques.

Cette mise en œuvre se fera la 1<sup>ère</sup> année dans le District de Bamako et les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années la priorité sera accordée aux zones chloroquino – résistantes. Ainsi la coexistence des CTA nouvellement introduites se fera avec la chloroquine en attendant le retrait de cette dernière.