

SERIE DE PAPIERS DE TRAVAIL DU SECTEUR SOCIAL DE L'IVM

N° 18/2010

**ÉVALUATION DES BESOINS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ POUR LA VILLE
DE SÉGOU, MALI**

Préparé par:

Rachel Hoy, Abdoulaye Sidibé et IVM

Traduit par:

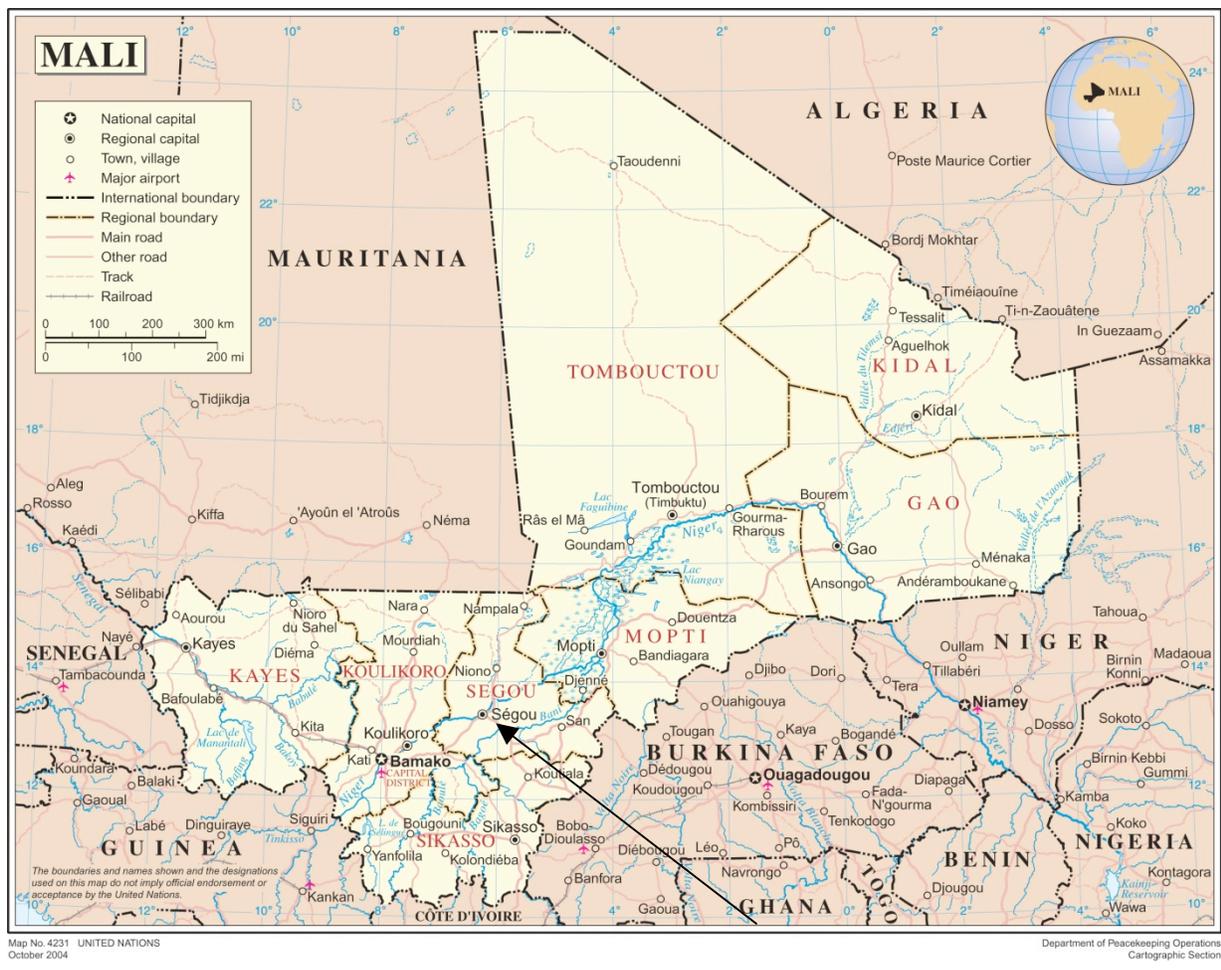
Isabelle Chagnon et Moumié Maoulidi

Octobre 2010

Tous droits réservés. Sauf indication contraire, le contenu de ce document de travail peut être cité et reproduit, sans l'autorisation de l'auteur/des auteurs, si la source est mentionnée. Les présentations publiées ici relèvent de la responsabilité des auteurs.

NB: Cette évaluation des besoins a été, à l'origine, préparée par Rachel Hoy. Elle a été revue et mise à jour par Docteur Moumié Maoulidi, responsable des recherches du secteur social de l'IVM, Docteur Susan M. Blaustein, Co-directeur de l'IVM, et des experts du Centre OMD au Mali (Docteur Amadou Niang, directeur du Centre OMD, Abdoulaye Sidibé, Amadou Konate, Docteur Aboubacar Ben, Docteur Belco Poudiougou, Joop Clappers et Docteur Tinzana Coulibaly). Brian Lutz, consultant au PNUD, qui a participé à l'élaboration du modèle d'évaluation des besoins dans le secteur de la santé du PNUD, a revu l'outil de calcul des coûts. Matt Flynn, Mera Eftaiha et Sarah Jaffe, stagiaires à l'IVM, ont apporté leur assistance en relisant et corrigeant ce rapport.

Figure 1. Carte du Mali qui montre la ville et la région de Ségou



REMERCIEMENTS

Nous voulons remercier les personnes et institutions suivantes qui ont rendu ce projet possible.

Centre OMD à Bamako, Mali

Docteur Amadou Niang
 M. Abdoulaye Sidibé
 Docteur Belco Poudiougou
 Docteur Ben Aboubacar
 M. Joop Clappers
 Docteur Tinzana Coulibaly
 Mme. Maïga Aminata Camara

La cellule de planification statistique (CPS) du Ministère de la santé

La Direction Nationale de la Santé

Docteur Bouyagui Traoré, Division unité système d'information sanitaire
 M. Samba Diarra
 M. Sekou Diarra
 Docteur Berthe Mohamed, Prévention lutte contre les maladies (tuberculose)

La Direction Régionale de la Santé – Ségou

Docteur Alassane Dicko
 Docteur Modibo Traoré, Chef de Division Santé
 Docteur Koly Sissoko, Point focal nutrition
 Docteur Faoussouby Camara, Directeur Général
 Mme. Makaro Diarra, Surveillante générale de l'hôpital
 Docteur Yacouba Djiré, Médecin chef, Famory Doum CSREF
 Mme. Sokona Fatoumata
 Docteur Fatoumata Tamboura, Médecin Directeur, CSCOM Ségou Koura

PNUD

M. Brian Lutz

IVM, New York

Docteur Susan Blaustein (Co-Directeur, Initiative des Villes du Millénaire, Institut de la Terre, Université de Columbia).

Docteur Mourié Maoulidi (Responsable de la recherche du secteur social, Initiative des Villes du Millénaire, Institut de la Terre, Université de Columbia).

Et

Docteur Gabriel Deussom Noubissie, pour son constant soutien moral et intellectuel.

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	8
I. INTRODUCTION	10
1.1. Objectifs	11
1.2. Méthodologie	11
1.3. Limites	11
1.4. Démographie	11
II. ANALYSE DES DONNEES	12
2. Etablissements et services de santé à Ségou	12
2.1. Etablissements de santé	12
2.2. Services de Santé	12
2.3. Ressources Humaines	14
3. Santé de l'enfant	15
3.1. Morbidité et Mortalité infantiles	15
4. Santé Maternelle	17
4.1. Soins Anténatals et Post-partum	18
4.2. Soins Obstétriques d'urgence	18
4.3. La Fistule	19
4.4. Planning Familial	19
5. Le Paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, et autres maladies	20
5.1. Le Paludisme	20
5.2. Tuberculose (TB)	21
5.3. VIH/SIDA	22
5.4. Maladies hydriques et autres maladies contagieuses	25
6. Coûts et Financement de la Santé Publique	25
III. RESULTATS DU MODELE DE COUTS DU PNUD	27
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	28
REFERENCES	30
APPENDICE.....	33
Appendice 1 : Aperçu démographique de la population de Ségou	33
Appendice 2: Organigramme du Ministère de la Santé du Mali	34
Appendice 3 : Standards de soins de santé par priorité OMD dans la ville de Ségou	35
Appendice 4: Budget d'Etat Pour la Santé, Mali, 2007	36

TABLEAUX

Tableau 1. Estimations de la Population de Ségou Urbaine et de la région de Ségou (2010-2015)	11
Tableau 2. Ressources Humaines dans le secteur sanitaire public à Ségou in 2007-2008	14
Tableau 3. Morbidité liée au Paludisme	21
Tableau 4. Budgets du secteur national de la santé au Mali	25
Tableau 5. Budgets 2007 région de Ségou et Hôpital (en milliers de CFA)	25
Tableau 6. Résumé du modèle de coûts pour la commune urbaine de Ségou	27

FIGURES

Figure 1. Carte du Mali qui montre la ville et la région de Ségou	2
Figure 2. Carte de la région de Ségou montrant la ville de Ségou	9
Figure 3. District de Santé Urbaine de Ségou	10
Figure 4. Sources des Salaires au CSREF F.D. et à l'Hôpital N.F. à Ségou	15
Figure 5. Couverture Vaccinale à Ségou	17
Figure 6. Besoins de services et demande de soins pour les grossesses compliquées, région de Ségou	19
Figure 7. Incidence des infections opportunes et besoins spéciaux pour les PVVS au Mali	24

ABRÉVIATIONS

ASACO	Association de santé communautaire
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CEPRIS	Cellule d'exécution pour les programmes de renforcement des infrastructures sanitaires
CFA	Communauté financière d'Afrique
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CPN	Consultation prénatales
CROCEP	Conseil régional d'orientation de coordination et d'évaluation des programmes socio-sanitaires
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSREF	Centre de santé de référence
CTA	Combinaison thérapeutique d'arthemesinine
DAF	Direction administrative et financière
DCI	Dénomination commune international
DNS	Direction nationale de la santé
DOTS	Traitement sous observation directe, courte période (pour la tuberculose)
DPCT	Vaccination contre la diphtérie, la polio, le tétanos et la coqueluche
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DRS	Direction régionale de la santé
DSR	Division de la santé de la reproduction
EDS	Enquête démographique et de santé
FMI	Fonds monétaire international
GDF	Dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
IDE	Infirmier diplômé d'état
IRA	Infection aiguë des voies respiratoires
IST	Infection sexuellement transmise
IVM	Initiative des villes du millénaire
INRSP	Institut national de recherche en santé publique
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MTI	Moustiquaires traitées à l'insecticide
OI	Infections opportunistes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des nations unies
PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social
PDSEC	Plan de développement social, économique et culturel
PEV	Programme élargi de vaccination
PMA	Paquet minimum d'activité
PMI	Protection maternelle et infantile
PNLP	Programme national contre le paludisme
PNLT	Programme national contre la tuberculose
PPTE	Pays pauvres très endettés
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVS	Personne vivant avec le VIH/SIDA
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SLIS	Système local d'information sanitaire
SNV	<i>Stichting nederlandse vrijwilligers</i>
TDR	Test de diagnostic rapide du paludisme
TPI	Traitement préventif intermittent (pour la lutte contre paludisme)
VAR	Vaccination anti rougeole
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En 2007, l'Institut de la Terre à l'Université de Columbia a sélectionné la ville de Ségou, capitale administrative de la région de Ségou en Afrique Occidentale, comme l'une des sept villes Millénaire qui existaient à l'époque. Cette désignation a incité des agences locales et internationales à entreprendre plusieurs actions visant à réduire la pauvreté et à soutenir le développement économique. Ségou travaille activement pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé: réduire la mortalité infantile (OMD 4); améliorer la santé maternelle (OMD 5); et combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6).

Cette évaluation des besoins estime que la ville de Ségou a fait des progrès pour atteindre ces OMD. Parmi ses succès, la ville a: fournit des soins prénatal gratuit à toutes les femmes enceintes; exécuter une campagne d'immunisation pour les enfants; réduit le taux de prévalence du VIH, partiellement à cause des activités de conseil et de dépistage du VIH.

Malgré ces faits notables, Ségou urbain continue de faire face à des défis importants de santé. La morbidité et la mortalité infantile sont des problèmes graves: les enfants continuent de mourir de maladies qui ne devraient pas les tuer, telles que le paludisme, la diarrhée, l'infection respiratoire aiguë et la malnutrition et, en 2006, le taux de mortalité des nourrissons (moins d'un an) dans la région de Ségou était 131 décès pour 1000 naissances. Les installations sanitaires doivent améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, notamment pour les grossesses compliquées ou à risque élevé. Il faut aussi établir une banque du sang à Ségou et dans les autres régions du Mali car, actuellement, seulement Bamako a une banque de sang. De plus, les médecins devraient être incités à servir dans les zones comme Ségou.

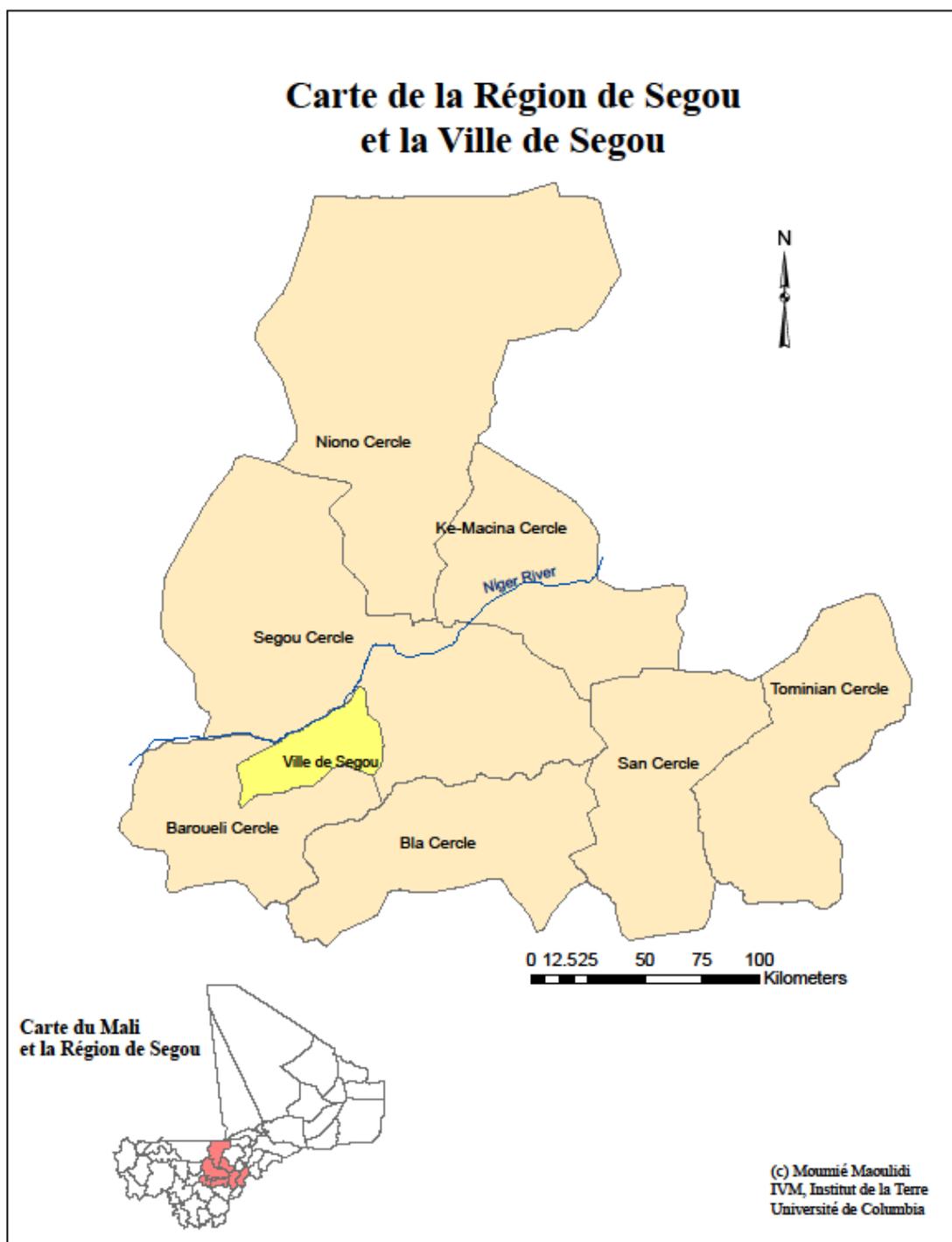
En outre, la situation géographique de Ségou sur les rives du Niger fait que les habitants de la ville sont exposés au risque de palu toute l'année, mais encore d'avantage pendant la saison des pluies. L'incidence de la tuberculose dans la région de Ségou est estimée à 55 pour 100,000 personnes, qui est très élevée, et un défi supplémentaire est la tuberculose résistante aux médicaments. Les déplacements de population, ainsi que l'utilisation faible du préservatif masculin, peuvent provoquer une augmentation de la prévalence du VIH.

Les résultats obtenus par l'IVM, grâce au modèle d'évaluation des besoins et des coûts du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), montrent qu'un investissement moyen annuel de \$25 par personne est nécessaire pendant la période 2010-2015 pour permettre à la commune urbaine de Ségou d'atteindre les OMD liés à la santé d'ici 2015.

Ce rapport est divisé en trois parties. La première partie fournit une description générale du Mali et de Ségou et définit les objectifs, la méthodologie et les limites de l'évaluation des besoins. La seconde partie décrit des services et établissements de santé à Ségou, identifie les problèmes généraux que rencontrent les prestations de soins de santé aux populations prioritaires, et analyse les questions spécifiques qui doivent être abordées pour accroître l'efficacité du secteur de la santé et réduire l'incidence de la maladie. La troisième partie présente les résultats du modèle de

calcul des coûts du PNUD et les investissements nécessaires pour atteindre les trois OMD liés à la santé.

Figure 2. Carte de la région de Ségou montrant la ville de Ségou



I. INTRODUCTION

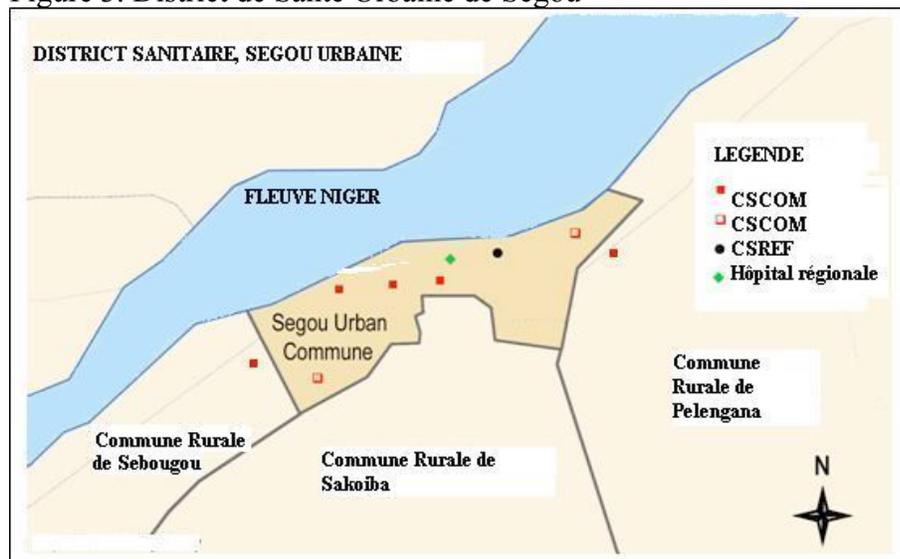
Le Mali

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique Occidentale, qui a obtenu son indépendance du régime colonial français en 1960. L'Index de Pauvreté Humaine (HPI-1)¹ du Mali est de 54.5 pourcent, le plaçant en 133ème position sur 135 pays (PNUD, 2009). L'espérance de vie moyenne à la naissance est de 48 ans, 32,5 pourcent de la population ne survivra pas jusqu'à 40 ans, et 33 pourcent des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale pour leur âge. En outre, le gouvernement du Mali dépense \$34 par personne pour la santé, ce qui ne représente que 12,2 pourcent des dépenses totales du gouvernement (PNUD, 2009). Le Mali est confronté à de nombreux défis pour améliorer le développement économique et social de ses 13 millions d'habitants.

Ségou

La ville de Ségou est située à environ 235 kilomètres au nord est de Bamako et sa population était estimée à 143 232 en 2009 (DRPSIAP de Ségou, sur la base du RGPH 2009). Située sur les rives du fleuve Niger, la ville fait partie des centres économiques du Mali et est une plaque tournante de distribution pour d'autres villes portuaires comme Bamako et Mopti. Sur le plan politico-administratif, la ville de Ségou est à cheval sur trois Communes. Elle est constituée par tous les quartiers la commune urbaine de Ségou, le village de Sébougou (chef lieu de la Commune rurale de Sébougou) et les villages de Pélangana et Pélangana werè (village et chef lieu de la Commune rurale de Pélangana). La ville de Ségou abrite un bureau du Projet des Villages du Millénaire qui représente et coordonne les efforts de l'Institut de la Terre à Tiby.

Figure 3. District de Santé Urbaine de Ségou



¹ L'indice de pauvreté humaine est calculé en utilisant la proportion de personnes qui n'atteindront probablement pas 40 ans, les taux d'analphabétisme, le nombre brut de personnes qui n'utilisent pas une source d'eau améliorée, et le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale.

1.1. Objectifs

Cette évaluation porte sur le secteur de la santé de la ville de Ségou. Elle met en relief les principaux défis à relever pour atteindre, d'ici 2015, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé dans la ville de Ségou ainsi qu'une estimation de leurs coûts. Les questions examinées dans cette évaluation portent sur les aspects suivants du système de santé de Ségou: infrastructures, ressources humaines et coûts; santé infantile et du nourrisson; santé maternelle et génésique; paludisme, tuberculose et VIH/SIDA.

1.2. Méthodologie

La recherche sur le terrain a été menée en juillet et août 2008 et entre avril et juillet 2010. Les données ont été recueillies auprès des rapports d'activités au niveau des CSCOM, du CSREF, de l'hôpital, de la DRS, DNS plans de développement économique socioculturels (PDESC), des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'autres sources. Des entretiens avec des experts de santé locaux et autres personnel médical ont été menés pour valider les données recueillies.

1.3. Limites

La conduite de cette évaluation des besoins a rencontré des limites. Par exemple, du fait du manque de personnel, de nombreux médecins qui occupent des postes administratifs et de direction font également la visite régulière des patients. De ce fait, ils n'étaient pas toujours disponibles pendant la période de collecte des données. Malgré cette contrainte, les bureaux nationaux, régionaux, et locaux se sont rendus disponibles et ont généreusement facilité la collecte des données.

Les enquêtes telles que l'EDS ont fourni des données de référence pour certains indicateurs de la région de Ségou et pour toutes les zones urbaines du Mali, d'où l'absence de certaines données désagrégées. En outre, certains chiffres n'étaient pas comparables d'une commune à l'autre du fait des délais de transmission écoulés.

1.4. Démographie

La population de la ville de Ségou est en augmentation rapide. Environ 61,3 pourcent de la population de la région vivait en Ségou urbain et la population en 2010 est estimée à 146 932 habitants. Le tableau 1 montre l'évolution de la population de 2010 à 2015.

Tableau 1. Estimations de la Population de Ségou Urbaine² et de la région de Ségou (2010-2015)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ségou Urbaine*	143 232	146 932	150 783	154 798	158 988	163 364	167 941
Région de Ségou	2 336 255	2 409 813	2 485 687	2 563 950	2 644 678	2 727 947	2 813 838

Source: (DRPSIAP, sur la base du RGPH, 2009).

² Ségou Urbaine= Commune urbaine de Ségou, quartier de Sébougou, quartier de Pelengana et Pelengana wère.

Ségou a une population très jeune, et 64 pourcent de sa population avait moins de 25 ans en 2009. Plus de 5 000 naissances sont attendues annuellement à Ségou; le taux brut de natalité se maintient à 41,6 naissance pour mille Ségouiens (EDS-IV, 2006). En moyenne, les femmes de la région de Ségou peuvent s'attendre à donner naissance à 5,8 enfants pendant leurs années reproductives.

II. ANALYSE DES DONNEES

2. ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE A SEGOU

Le secteur de la santé au Mali s'est historiquement attaché à améliorer l'accès aux soins de santé. En 1978, la Déclaration d'Alma Ata a été signée pour donner la priorité aux soins de santé primaires pour tous. En 1987, l'Initiative Bamako a été adoptée dans la capitale du Mali où les ministres de la santé d'Afrique de l'Ouest se sont engagés à offrir un meilleur accès aux services de santé et aux médicaments essentiels, tout en décentralisant la plupart des décisions de gestion au niveau local. Cet accord a ensuite été intégré officiellement dans la politique de santé nationale du Mali pour définir les stratégies en matière de planification des soins, de budget et de gestion des systèmes (Ministère de la Santé, 1989). En 1994, un arrêté interministériel décentralisait le secteur de la santé. Chaque district de santé a reçu son autonomie pour planifier la mise en œuvre des activités individuelles au niveau du district, de la commune, et des communautés (Ministère de la Santé, Administration Territoriale et Finances, 1994). Les établissements qui correspondent à chacun de ces niveaux sont les hôpitaux du district de santé, les centres de santé de référence (CSREF), et les centres de santé communautaires (CSCOM).

2.1. Etablissements de santé

La ville de Ségou compte à l'heure actuelle cinq centres de santé communautaire pour les soins primaires (DarSalam, Médine, Ségou Coura, Sébougou et Pelengana), un centre de santé de référence (Famory Doumbia), et un hôpital secondaire (Hôpital régional Nianankoro Fomba). Tout comme les hôpitaux nationaux, les hôpitaux Régionaux sont des EPH gérés par un conseil d'administration et placés sous la supervision de la Direction des Services Personnalisés du Ministère de la Santé. La Direction Régionale de la Santé coordonne les activités de santé de tous les CSREF de la région. Les CSREF à leurs tours supervise les activités des CSCOM. Sur le plan politico-administratif, la gestion de la santé fait partie des domaines de compétences que l'Etat a transférés aux Collectivités Territoriales. Loi N°95-034 portant code des Collectivités Territoriales en République du Mali, modifiée par la Loi N°98-010 du 19 juin 1998 répartie les niveaux de soins entre les différents niveaux de Collectivités Territoriales. Ainsi, la responsabilité des CSCOM a été transférée aux communes, tandis que celle des CSREF et Hôpitaux régionaux a été transférée respectivement au conseil de cercle et à l'assemblée régionale.

2.2. Services de Santé

A Ségou le circuit de l'offre des soins de santé devrait être suivi:



Cependant de nombreux demandeurs de soins se rendent directement au CSREF (premier niveau de référence pour les CSCOM) voire même à l'hôpital régional, malgré le coût plus élevé des consultations et les frais de transport, parce qu'ils pensent bénéficier de plus de soins de qualité. Les membres du personnel soignant de l'hôpital ont déclaré être submergés de cas qui pourraient être traités au sein du premier ou second niveau de soins (CSCOM et CSREF).

De plus, certains patients s'adressent d'abord à un guérisseur, dont les qualifications ne peuvent être contrôlées et dont les pratiques peuvent être ou non bénéfiques au patient. En général, ils n'arrivent en consultation dans les structures de soins (publiques ou privées) que lorsque leur état de santé s'empire. Ce qui retarde le processus de traitement (Voir le tableau en Appendice C pour une liste des niveaux auxquels toutes les conditions prioritaires liées aux OMD sont traitées à Ségou).

Niveau Primaire

Les CSCOM sont sensés être le premier point de contact pour tout demandeur de soins et offrir une prestation minimale de soins et de services maternels et infantiles de base (paquet minimum d'activités ou PMA). Les principaux défis auxquels les CSCOM font face portent entre autres sur: l'insuffisance d'équipements, et le manque de personnel qualifié. L'effectif du personnel des CSCOM, est déterminé par la politique nationale (plateau technique) en fonction de la taille de la population de sa zone de couverture.

Niveau Secondaire

Partout au Mali les CSREF ont, en plus de services spécialisés, la capacité de traiter toutes les conditions du niveau primaire. Cependant, comme le CSREF de la commune de Ségou est tout proche de l'hôpital régional, plus d'activités sont directement redirigées vers l'hôpital. Il ne comprend pas notamment de salle d'opérations.

Le CSREF offre des services séparés comprenant des chambres d'hospitalisation, les consultations prénatales, les accouchements, les consultations postnatales, la consultation des enfants (pédiatrie), le planning familial, le programme élargi de vaccination les interventions chirurgicales, les soins postopératoires les activités d'hygiène et des laboratoires d'analyse, l'ophtalmologie, la stomatologie et la pharmacie.

Les normes de laboratoire prévoient plusieurs activités: la capacité d'effectuer les sérologies, la biochimie et d'analyser les échantillons d'urine et de selles. Les examens plus techniques comme la numération des CD4 sont effectués à l'hôpital régional. Le service d'ophtalmologie traite les cataractes et les glaucomes.

Le CSREF offre également des soins de protection de la mère et de l'enfant et des services de conseil et de dépistage volontaire, soins qui sont également offerts au niveau du CSCOM. Les communes rédigent tous les cinq ans des plans de développement économique et socioculturels (PDESC) qui définissent les besoins de développement de la municipalité et offre une planification et un budget pour les réaliser.

Niveau Tertiaire

L'Hôpital régional Nianankoro Fomba est le second niveau de référence. Il fonctionne indépendamment des CSCOM et CSREF, et est autonome par rapport à la aux communes en matière de planification et de finances. L'hôpital régional est équipé pour traiter les maladies les plus graves. Seules les cas extrêmement sérieux peuvent être référés aux hôpitaux centraux de Bamako, qui constituent le troisième niveau de référence.

2.3. Ressources Humaines

Comme c'est le cas dans de nombreux pays en voie de développement, les médecins et infirmiers maliens préfèrent travailler dans des villes plus importantes comme Bamako. Même si le coût de la vie est plus bas dans des endroits comme Ségou, les coûts de transport ont tendance à être élevés. A l'heure actuelle on n'offre pas assez d'avantages pour encourager les travailleurs sanitaires à se rendre dans les régions reculées comme le nord du Mali. Le tableau 2 présente la répartition actuelle des ressources humaines dans le secteur sanitaire ségovien.

Tableau 2. Ressources Humaines dans le secteur sanitaire public à Ségou in 2007-2008

	CSCOM			CSREF F.B.	Hôpital N. F.	DRS	TOTAL
	Dar Salam	Médine	Ségou Croix				
Médecin	1	1	1	10 ³	24 ⁴	8	45
Ingénieur Sanitaire	-	-	-	-	1	1	2
Assistant Médical	-	-	-	2	15	3	20
Sage-femme	1	-	-	13	10	2	26
Infirmier diplômé d'état	1	1	1	6	12	1	22
Autre technicien Sanitaire confirmé	-	-	-	4	4	2	10
Infirmier débutant	-	4	4	63	30	-	101
Matrone	2	1	1	16	-	-	20
Pharmacien/ laboratoire	-	-	-	3	2	-	5
Aide-soignant	-	-	-	22	28	-	50
Administrateurs	1	1	1	17	14	7	41
Chauffeurs	-	-	-	3	5	6	14
Autre Personnel ⁵	2	1	1	12	54	4	74
Total	8	9	9	171	199	34	430

Source : DNS Diarra, 2008. DRS Ségou Annuaire, 2007, visites sur le terrain dans les CSCOM, 2008.

Les données du tableau ci-dessus ne prennent pas en compte toutes les cliniques privées puisque la grande majorité d'entre elles ne rend pas compte à la DRS. Il est à noter que la DRS a aussi du personnel médical. La répartition par commune du personnel médical hautement

³ Comprend un spécialiste de santé publique.

⁴ Comprend 11 spécialistes: trois obstétriciens/gynécologues, deux chirurgiens, un cardiologue, un radiologue, un ophtalmologue, un otorhinolaryngologiste, un pédiatre, un spécialiste de la santé publique, et un traumatologue.

⁵ Comprend les caissiers, les blanchisseurs, les jardiniers, le personnel d'entretien, les gardes, et une brigade d'hygiène.

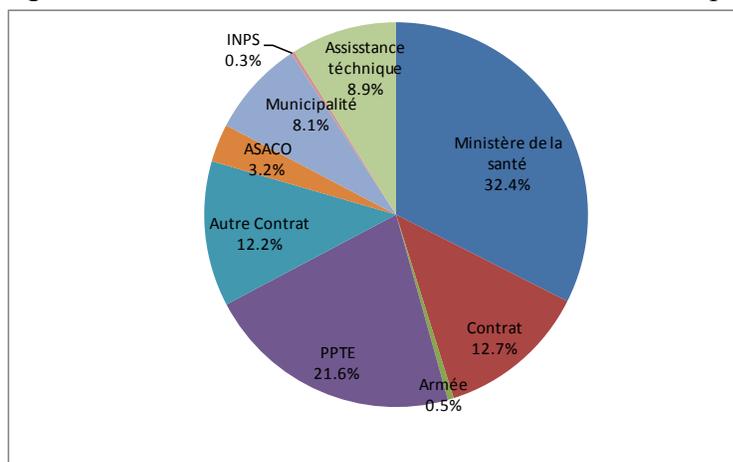
qualifié entre les différents niveaux d'établissement n'est pas équitable; Il y a beaucoup plus de médecins, sage femmes et infirmiers concentrés au CSREF et à l'hôpital. Lors de la visite du CSCOM Dar Salam, il y avait plus de 40 stagiaires en médecine, qui ont le potentiel de contribuer au système de santé.

Selon l'OMS, les normes pour les effectifs médicaux en Afrique sont les suivantes : un médecin pour 10000 habitants et une sage-femme et un infirmier diplômé pour 5000 habitants. Le secteur public de santé à Bamako satisfait ces exigences, et aurait même dépassé les normes de l'OMS si le nombre de médecins et d'infirmières du secteur privé et celui du personnel soignant des hôpitaux tertiaires avaient été pris en compte dans ce total.

Formation Professionnelle Médicale

La Faculté de Médecine est située à Bamako. Chaque année 400 étudiants en médecine reçoivent leur diplôme. Les frais annuels de formation sont subventionnés, les étudiants contribuant à hauteur de 5000 francs CFA (environ \$12) par an. Ils reçoivent la formation aussi une allocation mensuelle de 26 500 FCFA (\$64). En plus de médecins, la Faculté de Médecine forme aussi d'autres catégories professionnelles: pharmaciens, techniciens de laboratoire, assistants médicaux, etc. Les formations de niveau plus bas sont dispensées dans diverses institutions réparties à Ségou. Il y a par exemple plus de dix écoles pour devenir aide-soignant.

Figure 4. Sources des Salaires au CSREF F.D. et à l'Hôpital N.F. à Ségou



Source: EDS (2008).

3. SANTE DE L'ENFANT

3.1. Morbidité et Mortalité infantiles

La morbidité et la mortalité infantiles demeurent des problèmes graves à Ségou. Il n'y a pas de données disponibles au niveau communal, mais entre 2001 et 2006 le taux de mortalité des nourrissons dans la région de Ségou était très élevé, 131 décès de nourrissons (moins d'un an) pour 1000 naissances (EDS-IV, 2006). Le taux de mortalité des moins de cinq ans était 151

décès pour 1000 naissances (EDS-IV, 2006). Depuis 1990, les campagnes de vaccination et autres efforts de promotion de la santé infantile ont porté leurs fruits : le nombre d'enfants immunisés contre la rougeole a plus que doublé.⁶ En effet, aucun cas de rougeole n'a été enregistré à Ségou en 2006 (CROCEP, 2007).

Les normes de soins pour les programmes de santé des enfants et des nourrissons sont définies par la Stratégie Nationale des Soins Essentiels aux Nouveaux Nés (SNSE) et la PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant), les protocoles approuvés de l'OMS. Les prestataires de tous les établissements de Ségou sont formés et appliquent ces protocoles, mais toutes les familles ségoviennes n'ont pas accès aux soins de santé pour leurs enfants malades. L'EDS-IV indique qu'en 2006, 41 pourcent seulement des enfants souffrant d'une infection respiratoire aiguë (IRA) ont reçu des soins, que ce soit dans le secteur public ou privé; 47 pourcent seulement ont été soignés pour une fièvre; et seulement 30 pourcent ont reçu des soins pour une fièvre soupçonnée d'être causée par le paludisme.

Les maladies qui ont les plus forts taux de morbidité infantile sont le paludisme, la diarrhée, les IRA et la malnutrition. Environ 19 pourcent des enfants de Ségou souffrent de diarrhée à un moment donné (EDS-IV, 2006); 20 pourcent de ces cas sont des cas de dysenterie et 40 pourcent des cas se traduiront par une déshydratation (OMD National, 2008). Les chiffres au niveau national montrent qu'en moyenne un enfant aura 3,5 cas de diarrhée par an. Plus de 16 pourcent des enfants de Ségou ont un accès de fièvre à un moment donné, mais les trois quarts des cas, sont probablement attribuables au paludisme (EDS-IV, 2006). La politique nationale tente d'améliorer les résultats en fournissant gratuitement des Combinaisons Thérapeutiques d'Arthémésinine (CTA) et des kits de perfusion de quinine pour les enfants de moins de cinq ans. Dans la région de Ségou 5,4 pourcent des enfants de moins de cinq ans présentent des symptômes d'IRA. Le pourcentage d'entre eux qui sont venus se faire soigner est de 41 pourcent (EDS-IV, 2006).

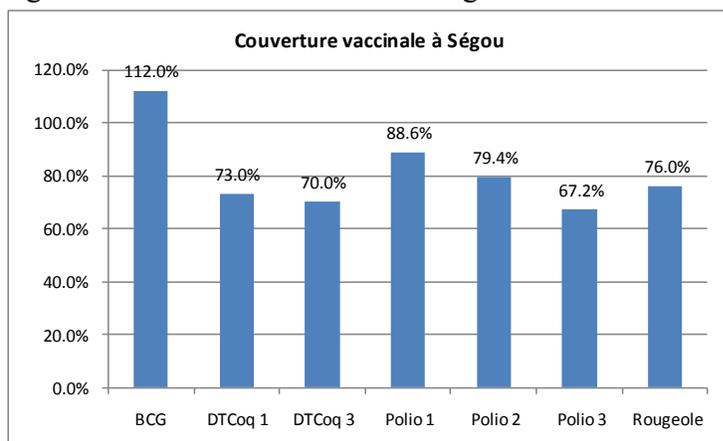
La malnutrition aiguë, se définit selon les normes OMS/PCIME, par le ratio taille-poids. L'UNICEF fournit aux CSREF des aliments thérapeutiques (Plumpynut) et les laits (F100 et F75) pour les enfants malnutris. A la faveur des sécheresses, des famines et l'augmentation des coûts des denrées alimentaires, la malnutrition devient un problème de santé publique au Mali. Toutefois, le système de surveillance de la croissance mis en place dans toutes les structures et la formation des prestataires sur le protocole inspirent de l'optimisme quant à la détection et la prise en charge précoce de tous les cas de malnutrition.

En ce qui concerne l'anémie et les carences en micronutriments, on estime que chaque enfant fait deux crises d'anémie par an. Toutefois ceci est assez difficile à mesurer car l'anémie peut être plus fréquente après un cas de paludisme, et son dénouement n'est pas surveillé d'aussi près que les cas de fièvre ou de déshydratation par exemple. Dans la région de Ségou, près de 90 pourcent des enfants sont anémiques, 11 pourcent d'entre eux souffrent d'anémie grave, 60 pourcent

⁶ L'augmentation notable de 2000 to 2006 peut aussi être attribuée au fait que les données au niveau de la ville ont finalement été disponibles. Le taux de couverture moyen à Ségou est estimé être plus élevé que celui du Mali montré ici entre 1990 et 2000.

d'anémie modérée, et environ 19 pourcent d'anémie simple (EDS-IV, 2006). On estime qu'environ 13 pourcent des enfants ségoviens présentent une carence en Vitamine A, et 22 pourcent ont besoin d'iode (EDS-IV, 2006).

Figure 5. Couverture Vaccinale à Ségou



Source : DRS Annuaire (2007) et EDS-IV (2006).

En ce qui concerne la rougeole, la plupart des enfants ségoviens ont été vaccinés comme il le faut. La figure 5 indique que plus de quatre enfants sur cinq ont presque toutes leurs vaccinations principales, mais le taux d'enfants ne finissant pas leur cycle complet de vaccinations montre que les familles avec des jeunes enfants ne sont pas assez en contact avec leurs établissements de soins primaires pendant cette période de la vie de leur enfant. Les vaccins sont fournis sans frais par la DRS et distribués par la chaîne de froid aux CSREF et aux CSCOM.

4. SANTE MATERNELLE

La qualité de la santé maternelle est un bon indicateur de la qualité et de l'étendue des soins dans tout système de santé. En 2005, le Ministère de la santé a fait paraître un document de politique de santé génésique appelé « Politiques et Normes des Services de Santé de la Reproduction ». Ce document définit les procédures de soins de santé génésique à l'intérieur des Paquets Minimum d'Activité (PMA), y compris la prévention et le traitement des MST et du VIH/SIDA, le planning familial, les soins pré et postnataux, les complications post-avortement, la santé sexuelle chez les adolescents, et la communication pour changer les comportements. Malgré les efforts politiques visant à améliorer la santé des femmes, les normes culturelles continuent de marginaliser la santé des femmes. Plus particulièrement, moins d'une femme en âge de procréer sur cinq utilise un moyen de contraception (EDS-IV, 2006).

En ce qui concerne les cibles des OMD, les indicateurs de mortalité maternelle ne sont disponibles qu'au niveau national. Les enquêtes tels que l'EDS montrent que, entre 2001 et 2006, il y avait 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes au Mali qui est mieux que la moyenne continentale de 710 décès maternels pour 100 000 naissances enregistrée en 2005 (EDS-IV, 2006). Sur une note plus positive toutefois, la plupart des naissances dans la ville de Ségou se passent en présence de personnel qualifié.

4.1. Soins Anténatals et Post-partum

La politique nationale de santé génésique du Mali assure des soins anténatals gratuits à toutes les femmes enceintes, et si 82 pourcent d'entre elles se rendent à au moins une visite, moins de la moitié de ces femmes se rendent aux trois visites recommandées au cours de leur grossesse. (EDS-IV, 2006). Outre la distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII), de kits de traitement du paludisme y compris des CTA et des perfusions de quinine, la politique nationale permet également la distribution gratuite de sulfadoxine pyriméthamine, un traitement préventif intermittent (TPI) contre le paludisme à toutes les visites prénatales. Cependant 77 pourcent seulement des femmes enceintes à Ségou affirment en avoir reçu, et moins de 7 pourcent avaient reçu le nombre correct de deux doses ou plus (DRS, 2006, EDS-IV 2006).

Environ 90 pourcent des femmes interrogées affirment avoir bénéficié de conseils et de dépistage volontaire pour le VIH pendant leurs visites, ce qui indique que l'extension de l'étendue des services de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)⁷ n'a pas encore été complétée. La prévalence de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes est relativement basse, estimée à entre un et deux pourcent, ce qui indique une épidémie concentrée (DRS 2006, CROCEP 2007). Les services de PTME seront discutés plus en profondeur dans la rubrique des sévices de VIH/SIDA.

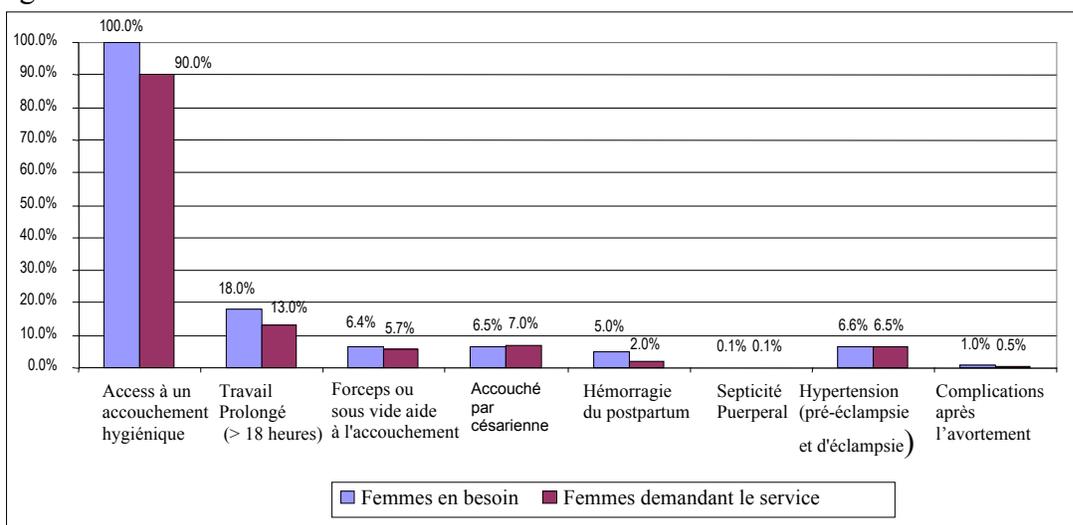
4.2. Soins Obstétriques d'urgence

Les césariennes sont prises en charge par l' tat. Afin de réduire les taux de mortalité maternelle (TMM), la ville de Ségou doit aussi améliorer l'accès aux soins obstétriques d'urgence, notamment pour les grossesses compliquées ou à risque élevé.

En ce qui concerne l'accès aux soins secondaires pour les grossesses compliquées, il y a toujours un écart entre les besoins et les services disponibles. La figure 6 illustre ces besoins.   l'heure actuelle, le secteur de la santé du Mali n'enregistre pas en tant que telles les naissances où le travail dure plus de 18 heures, ce chiffre est donc estimé à partir du modèle national de santé. Le travail assisté par forceps ou par ventouse, les césariennes, les hémorragies post partum et les taux d'hypertension des personnes demandeuses de soins ont été inscrits dans le registre de la maternité de l'hôpital, le seul établissement dans la zone desservie à offrir ces services, et c'est là que les données ont été collectées. L'estimation des besoins de services a été établie à partir de l'EDS-IV, et des estimations de l'OMS et de la DNS. Il convient de noter qu'un peu plus de femmes accouchent par césarienne qu'il n'est vraiment nécessaire, ce qui est une tendance qu'on a pu observer dans le monde entier liée à un accès plus répandu aux techniques (parfois inutiles) d'accouchement. Le taux de césariennes, sept pourcent de toutes les naissances, est plus élevé à Ségou que dans le reste du Mali (hôpital de Nianankoro Fomba, 2007). Les données sur le nombre de femmes qui ont de fait reçu des soins pour une hémorragie post partum, une infection puerpérale, de l'hypertension ou des complications post avortement, dans la région de Ségou ne sont pas disponibles.

⁷ Appelée aussi "la transmission verticale".

Figure 6. Besoins de services et demande de soins pour les grossesses compliquées, région de Ségou



Sources: EDS (2006), Modèle national, HGT Registre maternité (2006-07), DNS (2006).

Pour réduire le taux de mortalité maternelle, l'IVM, les autorités locales, le Centre des OMD pour l'Afrique de l'Ouest et des partenaires internationales ont l'intention d'établir une banque du sang à Ségou car, actuellement, seulement Bamako a une banque de sang qui fonctionne. Cette installation sera un modèle pour une banque de sang régionale et pour les pays voisins qui n'ont pas de banque de sang.

4.3. La Fistule

La fistule arrive le plus souvent chez les femmes pendant l'accouchement, quand les parois vaginales se détériorent créant des ouvertures par où passent l'urine et les selles. Les femmes souffrant de fistule ont du mal à accomplir les activités quotidiennes du fait de leur incontinence et de l'inconfort. L'incidence de la fistule à Ségou est de 31 cas annuellement (DRPSIAP, 2008). Le traitement de la fistule est prodigué dans les hôpitaux régionaux et nationaux. Il n'entre pas dans la planification sanitaire des communes. Depuis 2006, plus de 100 cas environ ont été traités à l'hôpital de Nianankoro Fomba, dont une soixantaine par PFP (à travers une collaboration MCI et MVP). Toutefois, ce chiffre inclut les cas extérieurs au district de Ségou qui ont été adressés à l'hôpital. Il est donc difficile de déterminer combien de cas en attente existent à Ségou et au Mali.

4.4. Planning Familial

Bien que la politique génésique nationale encourage le contrôle du nombre et de l'espacement des naissances, l'impact de cette politique n'a pas encore été mesuré. Ségou a un taux brut de naissance élevé avec 41,6 naissances pour mille personnes. Le taux d'utilisation de moyens contraceptifs n'a pas augmenté de façon significative au fil du temps. En 1990, un total de 11,2 pourcent des femmes ségoviennes en âge de procréer utilisaient un moyen de contraception (3,7

pourcent des méthodes modernes, 7,5 pourcent des méthodes traditionnelles). En 2001, 12,7 pourcent pratiquaient le contrôle des naissances (10,6 pourcent par des méthodes modernes, 2,1 par des méthodes traditionnelles) (EDS-II, EDS-III). Le chiffre total s'est à peine accru, mais les femmes se sont tournées vers les méthodes modernes. En 2006 toutefois le taux d'utilisation de la contraception est descendu à 9,4 pourcent (7,4 pourcent moderne, 2 pourcent traditionnelle) (EDS-IV).

Il est aussi important de considérer le rôle de la contraception en tant que mesure préventive contre les MST. Les estimations nationales prévoient qu'une minorité des personnes en âge de procréer à Ségou sont susceptibles d'être testées positives aux MST comme nous le montre le détail des chiffres de 2006: 1,2 pourcent ont testé positif pour la chlamydia, 6,3 pour la blennorragie, 1,6 pourcent pour la syphilis, 11,3 pourcent pour la trychonomase, et 2,5 pourcent au test du PID (OMS, 2006; DNS SLIS, 2006). Ces taux pourraient être surestimés chez les femmes si on s'en tient aux données auto-déclarées, où des symptômes comme « pertes anormales » peuvent en fait être des manifestations d'une candidose, et sous-estimés chez les hommes qui peuvent être asymptomatiques. Les données auto-déclarées peuvent aussi être influencées par l'entretien puisqu'il s'agit d'un sujet tabou.

5. LE PALUDISME, LA TUBERCULOSE, LE VIH/SIDA, ET AUTRES MALADIES

Le paludisme frappe de plein fouet les populations jeunes et inhibe une société productive. Le contrôle de la tuberculose et son traitement effectif ont des implications de sécurité globale. Le VIH/SIDA a le potentiel d'avoir un impact sur n'importe quel type de population, surtout en milieu urbain. Les politiques de santé au Mali s'intéressent aussi à d'autres maladies comme la schistosomiase, la lèpre, et d'autres conditions plus difficiles à identifier comme les problèmes de santé mentale.

5.1. Le Paludisme

La situation géographique de Ségou sur les rives du Niger fait que les habitants de la ville sont exposés au risque de palu toute l'année, mais encore d'avantage pendant la saison des pluies (mai à octobre). Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et aussi d'absentéisme sur le lieu de travail (PNLP, 2006).

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme a dressé un plan stratégique quinquennal (2007-2011) définissant les objectifs suivants:

- Prendre en charge des patients souffrant du paludisme
- Prévenir le paludisme pendant la grossesse
- Exercer un contrôle vectoriel
- Lutter contre les épidémies de paludisme
- S'engager dans la communication active et la mobilisation sociale
- Conduire des recherches opérationnelles
- Suivre et évaluer les activités des programmes et
- fournir un support institutionnel

Prévention

Comme mentionné auparavant, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes reçoivent une prévention et des soins gratuits : Traitement de Prévention en Alternance (TPA), Moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI), CTA et perfusions de quinine selon les besoins. Toutefois, dans toute la région de Ségou 54 pourcent des ménages seulement ont au moins une moustiquaire (EDS-IV, 2006). Il n'est pas certain toutefois que ces moustiquaires aient été correctement traitées à l'insecticide. Le plan stratégique du PNLN prévoit que toutes les moustiquaires soient ré-imprégnées d'insecticide gratuitement dans les centres de soins primaires (les derniers traitements durent jusqu'à cinq ans). Cet effort n'a toutefois pas encore été coordonné efficacement. Si le nombre exact de MTI en stock au moment de cette étude n'a pas pu être déterminé, plus de 700 MTI ont été distribuées au CSCOM de Dar Salam par trimestre, même si le centre n'avait souvent pas assez de moustiquaires en stock pour faire face à la demande. Ceci indique que certaines femmes venant en consultation anténatale et certains enfants de moins de cinq ans amenés régulièrement en consultation pédiatrique ne reçoivent pas de moustiquaires.

Traitement

Bien que le paludisme soit endémique depuis des siècles, aucunes données concluantes sur sa prévalence ou son incidence n'est disponible. On estime que 1 pourcent, plus ou moins, de tous les cas de paludisme dans la région n'étaient si sévères qu'ils devaient être adressés en consultation avec un spécialiste, et qu'un sur dix seulement de ceux-ci devait recevoir une transfusion sanguine (DNS/DSR, 2006). Le tableau 3 montre la morbidité liée au paludisme pour 1000 personnes en 2006 par âge comme détaillé dans le rapport annuel de la DRS à Ségou. Une comparaison entre le district et la région de Ségou révèle d'importantes disparités entre les enfants de moins de cinq ans.

Tableau 3. Morbidité liée au Paludisme

	< 1 an	1 – 4 ans	5 –14 ans	15+ ans	Moyenne
Ségou District	199	124	79	88	94
Ségou Région	251	158	75	77	95

Source: DRS (2007).

5.2. Tuberculose (TB)

La tuberculose est un problème persistant au Mali, avec une incidence estimée à entre 110 et 288 cas pour 100 000 personnes (DNS-SLIS 2006, Fonds Global, 2008).⁸ Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose est confronté au problème d'amélioration des taux de détection mais l'adhésion aux régimes de traitement a été un succès. Ce succès peut en partie être attribué au plan stratégique du PNLN qui prévoit le DOTS + pour tous les patients atteints de tuberculose.

⁸ Le PNLN considère que les chiffres de l'OMS sont surestimés; L'annuaire 2006 de la DNS indique que l'incidence de la TB est de 55 pour 100 000 personnes. Le PNLN conduira deux enquêtes nationales de prévalence avant 2015. Le premier échantillon basé sur un groupe de 80 000 personnes — et qui inclut une culture, une radio et une bacilloscopie — est prévu pour Octobre 2008, et le deuxième pour Octobre 2014. De plus, deux laboratoires de TB supplémentaires seront construits d'ici 2010.

Ce programme a été étendu à l'ensemble du territoire malien. De plus le Ministère de la santé a conclu un partenariat avec des organisations et des donateurs tels que l'OMS, le GDF et le Fonds Global pour couvrir les coûts de dépistage et de traitement dans les années à venir.

L'incidence de la TB dans la région de Ségou est estimée à 55 pour 100,000 personnes qui est beaucoup plus bas que le niveau national de 391 pour 100,000 personnes enregistré 2007 (DNS SLIS, 2006). Le taux de dépistage du district de Ségou⁹ est de 24 percent, tandis que les taux moyens de détection régionaux et nationaux sont respectivement de 17 et 29 pourcent (DRS 2007, PNLT 2007). A l'heure actuelle le DOTS+ est disponible dans tous les établissements. Le CSREF Famory Doumbia est le fer de lance dans le domaine des unités de soins dans les régions reculées.

La seule chose à la charge du patient est le transport jusqu'à l'établissement de santé (PNLT 2007, INRSP 2008¹⁰). Dans les cas où les patients atteints de tuberculose expriment une difficulté à se rendre aux centres de santé pour leur traitement, les travailleurs sanitaires se déplacent chez les patients pour livrer les médicaments. Des formations locales pour les travailleurs sanitaires ont été organisées pour améliorer les résultats du traitement des patients atteints de tuberculose. Elles visent à l'éducation d'un membre de la famille ou d'un voisin pour encourager les visites régulières à l'hôpital et l'adhérence au traitement. Le dépistage de la TB se fait également au CSREF ou à l'hôpital.

Si la plupart des patients atteints de tuberculose reçoivent un régime thérapeutique de première ligne (financé par GDF), les patients faisant une rechute ou dont le traitement a échoué sont considérés comme des candidats pour un régime thérapeutique de deuxième ligne pris en charge par le Fonds Mondial. De plus, la tuberculose multi résistante est une menace pour la santé des maliens. Au moment où cette recherche a été entreprise il y avait 33 patients dans le pays souffrant de tuberculose multi résistante confirmée. Il faut ajouter qu'environ un patient atteint de tuberculose sur cinq a d'autres problèmes spécifiques de santé comme: le VIH-SIDA, l'hépatite B, la grossesse ou le diabète (INRSP, 2008). Toutefois la stratégie avancée du traitement directement observé à court terme (DOTS+) est reconnue comme efficace pour encourager les personnes atteintes de tuberculose à commencer un traitement (75 pourcent) et 85 pourcent de celles-ci finissent avec succès leur traitement (DRS, 2008 ; INRSP, 2008).

5.3. VIH/SIDA

Le taux de prévalence du VIH/SIDA est bas comparé aux autres pays sub-sahariens, et le gouvernement a créé un environnement politique favorable pour empêcher que la maladie ne se propage. Le 7 avril 2004, le gouvernement malien a annoncé son engagement à fournir des traitements antirétroviraux à toutes les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) gratuitement et sans aucune discrimination.

⁹ Le taux de détection est calculé en divisant le nombre de cas confirmés de TB par le nombre de cas estimés.

¹⁰ Y compris des entretiens avec le Dr. Berthe Mohamed, PNLT et le Dr. Isak Mamby Touré, INRSP.

Cette stratégie est mise en œuvre dans la ville de Ségou par des ONG et l'hôpital régional, qui accompagnent les personnes infectées par le VIH. Pour bénéficier efficacement des traitements et conseil, les personnes infectées et affectées par le VIH-SIDA se sont regroupées en association, dénommée « Keneyaton »

A long terme le Mali œuvre dans le sens de sa « Perspective Nationale 2025 » en basant ses actions programmatiques sur le volontariat et l'équité des genres. Le Ministère de la santé a d'abord établi un programme national de lutte contre le SIDA en 1987 qui a par la suite été divisé en deux institutions : le HCLS (Haut Conseil de Lutte contre le SIDA) qui travaille directement sous les ordres du gouvernement pour définir une politique, et le CCSLS (Comité Sectoriel de coordination de la Lutte contre le SIDA) pour mettre en œuvre des actions. En 2008, le CCSLS a rédigé un protocole pour le conseil et le dépistage volontaire et pour fournir des ARV aux PVVS. Du fait que la surveillance du HIV au niveau de toute la population et les soins au PVVS sont deux éléments récents dans le système de santé du Mali, les données sur les tendances nationales ou locales sont limitées. Les premières informations disponibles sur les soins et le suivi des malades à Ségou datent de 2006.

Prévention

Tous les Maliens ont un droit d'accès au conseil et au dépistage volontaire, et quand le déploiement sera complet ils en auront la possibilité au niveau primaire. A l'heure actuelle à Ségou les conseils et dépistage volontaire sont offerts dans tous les niveaux d'établissement sanitaire.¹¹ Après avoir subi un test VIH, toutes les personnes doivent être re-testées trois mois plus tard pour confirmer leur séropositivité ou négativité. Le taux de prévalence du VIH est de 1,25 pourcent à Ségou, ce qui est légèrement plus bas qu'au Mali en général (DHS-IV, 2006), mais si l'on tient compte de la plus grande mobilité de la population bamakoise ajoutée au faible taux d'utilisation des préservatifs et à la fréquence des lévirats et sororats¹², la prévention du VIH est une priorité sanitaire de toute importance.

Traitement

En 2006 il y avait à peu près 784 PVVS dans la commune urbaine de Ségou, et 807 en 2007. Environ 130 des personnes infectées dans la commune urbaine de Ségou, en 2006, nécessitaient des ARV (CCSLS 2007). Le rapport annuel de Solthis sur le VIH/SIDA note une perte notable de suivi professionnel pour près d'un quart de toutes les personnes recevant des ARV (Solthis, 2007). A l'heure actuelle, 99,4 pourcent de toutes les personnes recevant des ARV sont en traitement de première ligne, et le reste en traitement de seconde ligne.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans séropositifs à Ségou, y compris ceux recevant des ARV, n'est pas connu mais le CCSLS estime que 20 pourcent des enfants auront besoin de traitement de seconde ligne dans le futur. L'accès au traitement se fait le plus souvent dans l'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil à l'hôpital.

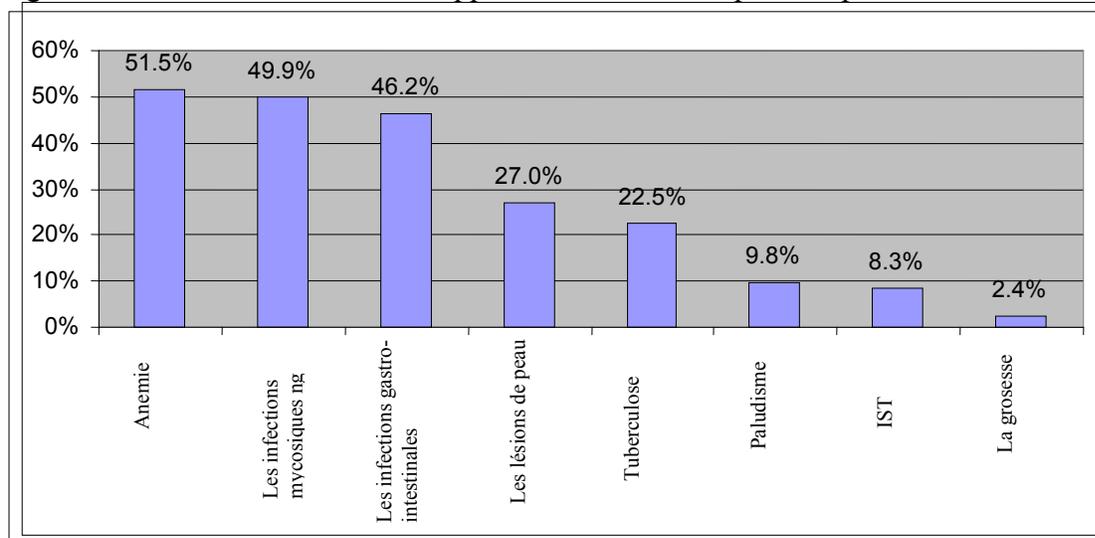
¹¹ Toutefois les tests du VIH qui font partie du PMTCT se trouvent dans la plupart des CSCOM, les spécimens sont envoyés à un échelon supérieur pour être analysés.

¹² Mariages de partenaires veufs à des membres de la famille de l'époux ou épouse décédé.

Pour établir un régime d'ARV efficace, la recommandation du gouvernement est que toutes les PVVS se soumettent aux examens suivants deux ou trois fois par an : valeur de CD4, charge virale, numération globulaire, créatinine, ALAT, cholestérol, tuberculose et glycémie (CCSLS, entretien, 2008). Toutefois une carence en équipement de laboratoire et en compétences techniques pour procéder à quelques uns de ces examens dans les centres de santé font que les prélèvements qui y sont effectués doivent être envoyés vers des centres mieux équipés.

Pour ce qui est du soutien psychosocial, 80 pourcent des PVVS souhaiteraient pouvoir le recevoir chez eux. Cette procédure évacuerait la honte liée aux visites à domicile des Unités de Soins d'Accompagnement et de Conseil pour le VIH et avoir une influence positive sur le suivi des régimes thérapeutiques, et peut-être même réduire le nombre de PVVS nécessitant un traitement de seconde ligne. Il est à noter que 28 pourcent seulement des PVVS reçoivent des soins à domicile. La capacité de la communauté à offrir localement des soins pour le VIH et les infections opportunes est limitée, et les travailleurs sanitaires qui assurent ces soins ne sont pas à même de répondre aux besoins et à la demande des PVVS (ARCAD-SIDA 2007).

Figure 7. Incidence des infections opportunes et besoins spéciaux pour les PVVS au Mali



Source: ARCAD-SIDA (2007). Les données disponibles au niveau national ne sont pas forcément représentatives de la ville de Ségou.

A Ségou le secteur de la santé publique est renforcé par des ONG qui pourvoient des soins et des traitements pour le SIDA. Depuis 2001 l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV) a mis l'accent sur la prestation de services dans le district et la région de Ségou. Ils ont actuellement huit sites de soins et huit sites de PTME dans le cercle de Ségou. Un des sites pédiatriques se trouve à l'USAC de l'hôpital N.F. Les ONG assurent aussi un renforcement des capacités et la formation pour l'administration des ARV, la gestion des IO, la PTME, les tests de laboratoire, la nutrition et les soins infirmiers (Solthis, 2007).

5.4. Maladies hydriques et autres maladies contagieuses

Le Ministère de la santé a mis en œuvre plusieurs programmes de contrôle et de prévention des maladies hydriques et autres maladies contagieuses. Le programme national de lutte contre la schistosomiase¹³ se veut de réduire la prévalence de cette maladie par le biais du traitement et d'un meilleur accès à l'école primaire, et de traitements de masse pour au moins 75 pourcent des écoliers d'ici 2015. Un programme national d'élimination de la filariose lymphatique, du trachome et de l'onchocercose a créé un plan intégré en 2006, qui inclut des stratégies de mobilisation communautaires par le biais de séances d'Information, Education et Communication (IEC), le contrôle vectoriel grâce aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, et un meilleur approvisionnement des médicaments antifilariens albendazole et ivermectine.

5.5. Santé Mentale

La santé mentale est un problème difficile à définir pour la plupart des maliens, et même pour les professionnels de la santé. Le CSREF F.D. à Ségou a une pièce réservée pour les soins de santé mentale, mais le personnel n'a pas reçu de formation dans ce domaine.

6. Coûts et Financement de la Santé Publique

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), il faut que le secteur de la santé publique ségovien répartisse ses ressources efficacement et sans gaspillage. La proportion du budget national allouée à la santé a diminué depuis 2006, et devrait rester autour de sept pourcent du budget national. Le tableau 4 montre le détail du budget national pour la santé publique de 2006 à 2011.

Tableau 4. Budgets du secteur national de la santé au Mali

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CFA (milliards)	72 684	65 307	70 146	72 299	79 797	87 417
USD¹⁴ (milliards)	141	134	167	172	190	208
Pourcentage du budget national total	7,8	6,7	6,9	6,7	6,9	7,0

Source: FMI (2006).

Le tableau ci-dessous montre les grandes lignes de dépenses dans la région de Ségou (incluant les huit districts sanitaires) et l'hôpital régional de Ségou :

Tableau 5. Budgets 2007 région de Ségou et Hôpital (en milliers de CFA)

¹³ La schistosomiase est une maladie parasitaire provoquant peu de décès mais qui peut abimer les organes internes, et, chez les enfants, affecter la croissance et le développement cognitif.

¹⁴ Taux de change au 1er juin, FMI. Les années 2008 et suivantes calculées au taux de 2008.

	Budget Prévisionnel	Montant reçu	Dépenses faites	Dépenses justifiées	Balance	Operations	Investissement
Ségou Region	958 374	2 518 759	2 509 913	2 509 913	8 846	2 310 993	198 920
Hôpital N.K.	668 853	642 278	642 185	642 185	93	5 715 62	70 623
TOTAL	3 627 227	3161 037	3 152 098	3 152 098	8 939	2 882 555	269 543

Source: Ministère de la Santé, DAF (2008).

Etant donné que la population de la région de Ségou était de 632 631 habitants en 2007 (DRPSIAP, 2008), ceci correspond approximativement à une dépense de 2 800 francs CFA par habitant au niveau des CSCOM/CSREF, soit environ \$6 annuellement. Des données financières plus détaillées au niveau du district n'étaient pas disponibles au moment de cette étude. D'autres micro-études devraient être conduites pour analyser les allocations budgétaires. Toutefois, les rapports de la DAF suggèrent que l'état continuera de financer presque la moitié du budget national total pour la santé, même si presque un tiers de tous les fonds proviendront de partenaires internationaux. L'Appendice D dresse la liste de tous ces donateurs. La contribution des municipalités et des communautés reste négligeable.

Plus d'un quart des dépenses du budget national de santé revient au matériel médical, un autre quart couvre les opérations, et 14 pourcent les ressources humaines et les salaires. Les détails du budget des communes est disponible dans des documents appelés Conseil Régional d'Orientation de Coordination et d'Evaluation des programmes socio sanitaires (CROCEP).¹⁵ Dans les limites de ces CROCEP annuels les CSREF doivent faire des demandes de fonds pour payer leurs employés et faire fonctionner leurs infrastructures. Les stratégies de mise en application et de budgétisation d'un programme de santé sont tirées du PDESC de chaque commune qui est rédigé tous les cinq ans pour correspondre au PRSP.

Si une municipalité décide qu'un autre CSCOM est nécessaire, une ASACO doit être créée et mobilisée. L'ASACO travaillera alors avec la municipalité pour faire une demande de fonds au Ministère de la Santé pour construire un CSCOM. L'Etat limite le nombre de CSCOM qui peuvent être construits tous les ans; il se passe parfois des années avant qu'on puisse répondre aux besoins.

¹⁵ CROCEPS est une commission locale dont le but est de réaliser un programme sanitaire national réactif.

III. RESULTATS DU MODELE DE COUTS DU PNUD

Le modèle de simulation mis au point par le PNUD utilise des hypothèses de politique en matière de taux de croissance de tranches de population par âge ou par genre, d'incidence et de prévalence de maladies, de ressources humaines et de capacité des installations de santé, ainsi que la demande de soins au niveau local comme paramètres clés dans l'estimation des besoins en ressources. A la base de ce modèle se trouve la notion qu'on peut arriver à la couverture médicale universelle en assurant aux communautés des soins abordables, accessibles et compétents, en développant l'efficacité des centres de soins, et en réduisant la morbidité et la mortalité, particulièrement chez les femmes et les jeunes enfants.

Les hypothèses sous-jacentes du modèle sont :

- Les collectivités décentralisées (municipale, régionale) et l'état s'engagent à atteindre les OMD 4,5 and 6;
- Une certaine stabilité politique et financière règne, et les investissements étrangers et la participation d'organisations multilatérales continuent, et
- Le comportement en matière de demande de soins, dans les établissements sanitaires du secteur public, des familles et des communautés, ne change pas.

Le modèle du PNUD quantifie les besoins du secteur mais il n'aborde pas la façon dont les prestataires de soins et les administrateurs devraient répondre à ces besoins. Déterminer la façon d'aborder les priorités nécessaires à la réalisation des OMD est la responsabilité des autorités locales en collaboration et avec le support du gouvernement national. Cette étude et le modèle de calcul des coûts suggèrent des cadres possibles pour l'analyse des priorités et de leurs coûts.¹⁶

Résumé

L'IVM avance qu'avec un investissement moyen annuel d'à peu près \$25 par personne de 2010 à 2015, Ségou peut atteindre les OMD liés à la santé d'ici 2015. Le tableau 6 présente les coûts annuels par personne associés à la réalisation des OMD.

Tableau 6. Résumé du modèle de coûts pour la commune urbaine de Ségou

Coût par habitant (2010-2015), en dollars (\$)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyen Annuel
OMD 4- Santé des enfants	4	5	6	6	7	8	6
OMD 5- Maternelle et la santé de la reproduction	1	1	1	1	1	1	1
OMD 6- VIH, Paludisme, at Autres Maladies	3	3	3	3	5	3	3
La prévention du paludisme	0.7	0.7	0.8	0.8	2.2	0.9	1.0
Le traitement du paludisme	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
La tuberculose	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
VIH/SIDA	1.2	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Sous-total (installations, des ressources humaines, les systèmes de santé)	10	10	10	19	27	13	15
Total: coût par habitant	18	18	20	30	40	25	25

¹⁶ Les projections de coûts de 2010 à 2015 sont basées sur le taux de change de 2008 (IMF 2008). L'inflation n'est pas prise en compte dans ces projections.

Le Plan décennal du Mali 2006-2015 pour l'atteinte des OMD suggère qu'il faudra 8,848 milliards de francs CFA pour atteindre les OMD au niveau national, soit 885 millions de francs CFA par an. Ceci revient à 64850 francs CFA (soit \$132) par an, par malien, dont 21 pourcent seraient consacrés aux besoins du secteur de la santé (\$32) (République du Mali, 2007). L'IVM prévoit qu'un investissement un peu inférieur (\$25) est nécessaire, ceci peut être dû à des divergences dans les données utilisées dans les calculs et aux méthodes de calcul elles-mêmes.

L'infrastructure sanitaire représente l'investissement le plus coûteux, la plupart des coûts étant à imputer au fonctionnement et à la maintenance. La proportion des dépenses en ressources humaines s'accroît chaque année en fonction de l'augmentation des salaires reflétant l'ancienneté du personnel. La santé maternelle et le paludisme restent relativement peu onéreux tandis que la santé infantile exige plus de ressources. Certains besoins liés à la santé maternelle et génésique ne diminueront pas d'une année sur l'autre (par exemple les dépenses en matière d'initiatives de maternité sans risque, d'accouchements, et de contraception). Toutefois des efforts proactifs et rentables pour réduire les naissances à risque et les MST sont susceptibles de réduire dans le futur les dépenses de traitement et de soins de ces conditions. La figure 8 illustre l'allocation des coûts sur l'ensemble du système de santé de 2010 à 2015.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'IVM estime que la ville de Ségou peut s'appuyer sur les progrès de ces dernières années pour atteindre les OMD liés à la santé d'ici 2015. Ceci sera rendu possible par un engagement de la communauté, des interventions planifiées avec soin et un investissement moyen annuel de \$25 par personne.

La plupart des données collectées au niveau municipal et régional ne sont pas adaptées aux indicateurs des OMD ce qui rend l'utilisation de ces données difficile. Il y a aussi des désaccords sur les données de prévalence des maladies entre les niveaux régional, national et municipal. Une meilleure collecte des données favorisera la création de cibles locales pour atteindre les OMD et améliorera les efforts pour évaluer les tendances en santé publique.

Le renforcement des équipements, des installations et de la formation du personnel rendra le système de soins de santé plus à même de répondre aux besoins identifiés par la collecte de données. Un tel investissement dans les infrastructures de santé augmentera la capacité et l'efficacité de tous les programmes de santé publique.

En ce qui concerne le quatrième OMD "Réduire la mortalité infantile", les responsables de la santé de la ville ont réussi à accroître la couverture vaccinale des enfants (en particulier la vaccination contre la rougeole). Les travailleurs de la santé publique peuvent s'appuyer sur les leçons apprises durant ces campagnes de vaccination pour faire participer davantage la communauté dans le combat contre les infections et la malnutrition de l'enfance. Pour élargir le champ des soins, les travailleurs de la santé doivent être formés pour pouvoir utiliser les rendez-vous de routine pour les vaccinations comme occasions de contrôler l'état de santé général des

enfants, de fournir des traitements supplémentaires, des examens et des informations si nécessaire.

Si la couverture vaccinale des enfants s'est améliorée, les indicateurs de la santé maternelle restent problématiques. La plupart des femmes ont accès à une assistance qualifiée à l'accouchement et à la naissance dans les hôpitaux, mais une prévalence basse d'utilisation de la contraception et des naissances à haut risque continuent de poser problème. Former les travailleurs de santé dans les communautés et les sages-femmes à fournir des soins préventifs sera un moyen économique d'améliorer les résultats de santé maternelle.

De plus, si les responsables de la santé ont réussi à accroître les taux de détection et de traitement pour beaucoup de maladies, y compris la TB, une attention particulière doit être apportée à la prévention et au traitement du paludisme et du VIH/SIDA. Il est nécessaire d'intensifier la approvisionnement de moustiquaires traitées à l'insecticide (MTI), de traitement préventifs en alternance (TPA), et de kits de perfusion de quinine, particulièrement aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Une utilisation peu répandue des préservatifs rend nécessaire l'expansion des efforts de prévention contre le VIH tout comme il est nécessaire de pouvoir compter sur un approvisionnement fiable en médicaments peu onéreux afin d'améliorer les efforts de traitement. La disponibilité du conseil et du dépistage volontaires doit aussi s'étendre pour que ceux qui ont besoin d'antirétroviraux puissent être identifiés.

Finalement, l'appropriation locale, l'engagement à suivre et à évaluer les progrès de interventions, et le support politique sont essentiels pour assurer que Ségou atteigne les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé d'ici 2015.

REFERENCES

ARCAD-SIDA (2007). *Rapport annuel 2007*.

Assemblée Nationale. Loi n° 06-028 / 29 Juin 2006. *Fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA* <http://www.sante.gov.ml/msante/>

Ballo, M.B., Traoré, S.M., Niambélé, I, Ba, S., Ayad, M., Ndiaye, S. (2002). *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2001 (EDS-III)*. (Bamako: Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, DNSI, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce and ORC Macro)

Chisholm, D., Healey, A., Knapp, M. (1997). "QALYs and mental health care," *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), pp. 68-75.

Diawara A, et al. (2007). *Pratiques de prescription dans les centres de santé communautaires (CSCOM) et utilisation des médicaments par les populations* (Bamako: Mali Médical, T XXII, No 2).

Direction Régional de la Santé de Bamako [DRS] (2006). *Annuaire statistique 2006 de district de Bamako* (Bamako: Ministère de la santé).

Direction Régional de la Santé de Bamako [DRS] (2008). *Rapport d'activités 2007 et plan d'opérations 2009* (Bamako: Ministère de la santé).

Hetland, Ø. (2008). "Decentralisation and territorial reorganization in Mali: Power and the institutionalization of local politics," *Norsk Geografisk Tidsskrift – Norwegian Journal of Geography*, 62(1), pp. 23-35.

Hôpital de Nianankoro Fomba (2007). *Rapport annuel d'activités des hôpitaux, 2006* (Bamako: Ministère de la santé).

International Monetary Fund (2007). *Growth and Poverty Reduction Strategy Paper: 2nd Generation 2007-2011, IMF Country Report No. 08/121* (Washington, D.C.: IMF).

Mediacom, Conseil, Communication et Marketing (2008). "Chose promise chose dûe," <http://www.mediacom mali.com/pages/log1008.html>

Ministère de la santé (2008). <http://www.sante.gov.ml/msante/> (Bamako: Ministère de la santé).

Ministère de la santé , CPS (2006). *Annuaire statistique des hôpitaux 2006* (Bamako: Système d'Information Hospitalier, Cellule de Planification et de Statistique).

Ministère de la santé , DAF (2008). *Comité technique du PRODESS II Juin 2008: Synthèse du bilan 2007 et de la programmation 2009* (Bamako: Ministère de la santé).

- Ministère de la santé, Secrétaire-General, Direction Nationale de la Santé (2007). *Plan stratégique national d'expansion de la stratégie DOTS+ 2007-2011 : Intégration de la nouvelle stratégie halte à la tuberculose* (Bamako: DNS-PNLT).
- Ministère de la santé, Secrétaire-General, Direction Nationale de la Santé (2007). *Annuaire SLIS (Système Local d'Information Sanitaire) 2006* (Bamako: DNS-SLIS).
- Ministère de la santé, CCSLS (2008). *Politiques et protocoles de prise en charge antirétrovirale au Mali* (Bamako).
- Ministère de la santé, CCSLS (2007). *Rapport mensuel Decembre 2007* (Bamako: Ministère de la santé).
- Ministère de la santé, CCSLS (2006). *Plan sectoriel 2005-2009* (Bamako: Ministère de la santé).
- Ministère de la santé, Secrétaire General, Direction Nationale de la Santé (2008). *Ressources humaines en santé de Bamako en 2008*. Compiled by S. Diarra. (Bamako: DNS-SLIS Ressources Humaines).
- Ministère de la santé, Secrétaire General, Direction Nationale de la Santé (2006). *Module de formation des ONG/Associations dans le cadre de la lutte contre la tuberculose* (Bamako: DNS-PNLT).
- Ministère de la santé, Secrétaire General, Direction Nationale de la Santé (2005). *Politiques et normes des services de santé de la reproduction* (Bamako: Ministère de la santé).
- Ministère de la santé, Ministère de l'administration territoriale, et Ministère des finances et du commerce (1994). *Arrêté 94-5092, Gestion des services socio-sanitaires de cercle, de commune* (Bamako: Ministère de la santé).
- Ministère de la santé publique et affaires sociales (1989). *Relance des soins de santé primaires : L'Initiative de Bamako Cadre Conceptuel* (Bamako: Ministère de la santé).
- PPM (2008). *Barème de prix du PPM* (Bamako: Ministère de la santé).
- République du Mali, Premier Ministre (2007). *Décret n° 07-087/P-RM du 16 mars 2007. Fixant les prix des médicaments en dénomination commune internationale de la liste nationale des médicaments essentiels dans le secteur pharmaceutique privé*, (Bamako: Ministère de la santé).
- République du Mali, Premier Ministre (2006). *Décret n° 06 - 571/ P-RM du 29 décembre 2006 fixant la carte sanitaire hospitalière*. (Bamako: Ministère de la santé).

République du Mali, Premier Ministre (2003). *Décret n° 03-218 /P-RM du 30 mai 2008 portant réglementation des prix des médicaments en dénomination commune internationale de la liste nationale des médicaments essentiels*. (Bamako: Ministère de la santé).

Samaké S, Traoré SM, Ba S, Dembélé E, Diop M, Mariko S, Libité PR. (2007) *Mali 2006 Demographic and Health Survey [EDS-IV 2006]* (Bamako: Cellule de Planification et de Statistique, Ministère de la Santé, DNSI, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce with Macro International Inc.)

Sanger Institute (2008) *Plasmodium falciparum Genome Projects*.
http://www.sanger.ac.uk/Projects/P_falciparum.

Traoré N, Sidibé T, et Tounkara B, Eds. (2003) *Cadre de dépenses à moyen terme 2003-2007 dans la perspective des objectifs 2015: Améliorer la santé, faire reculer la pauvreté* (Bamako: Ministère de la santé).

UNDP (2008). *2007 Human Development Report* (New York: United Nations Development Program). http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_MLI.html

UNDP (2009). *2009 Human Development Report* (New York: United Nations Development Program). http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_MLI.html

WHO (2004a). *Implementing the Integrated Management of Childhood Illness Strategy in the African Region: IMCI Country Profiles, 2004*. WHO: Regional Office for Africa: Division of Disease Prevention and Control of Communicable Diseases.

WHO/Regional Office for Africa (2004b). "Guidelines for Human Resources for Health Policy and Plan Development at Country Level." Draft. (Brazzaville: World Health Organization).

World Bank (2008) *Data and Statistics, Mali*. (Washington, D.C.: World Bank).
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/MALIEXTN/0,,menuPK:362209~pagePK:141132~piPK:141109~theSitePK:362183,00.html>

APPENDICE

Appendice 1 : Aperçu démographique de la population de Ségou

Aperçu Démographique

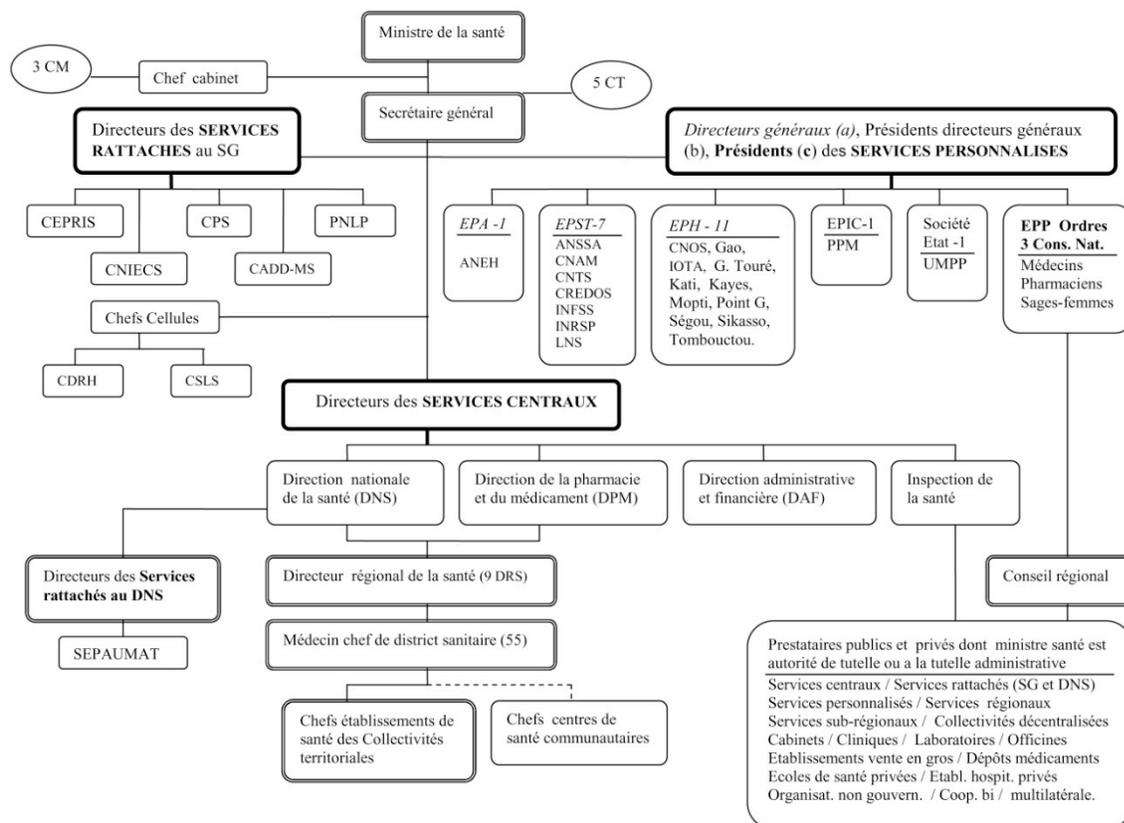
	Mali	Ségou
Population (2009)	12,300,000	143,232
Produit brut nationale par personne	\$1 033	NA
Pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté	56% (FMI, 2007)	NA
Espérance de vie	47	NA
Espérance de vie à la naissance	53	NA
Taux d'Alphabétisation adulte (>15)	24%	NA
Taux de fécondité	6.7	5.8 (EDS-IV 2006)

Appendice 2: Organigramme du Ministère de la Santé du Mali

Inspection de la santé, Bamako

Organigramme du Ministère de la santé (Réf. : Lois 94-009, 02-048, 02-049)

Dernière mise à jour le 07.11.2007



Appendice 3 : Standards de soins de santé par priorité OMD dans la ville de Ségou

	Services Primaires (CSCOM)	Services Secondaires (CSREF)	Services Tertiaires (Hôpital)
Santé Infantile (Pédiatrie)	Infections bactériennes, déshydratation simple, malnutrition simple/ insuffisance pondérale, anémie simple, toux/rhumes, pneumonie simple (sans rougeole), fièvre, rougeole simple, toutes les vaccinations	Infections bactériales sévères, déshydratation grave, dysenterie, malnutrition grave, anémie grave, pneumonie grave, état septique, méningite, grave maladie fébrile, infections urinaires, infections oculaires, ulcérations de la bouche otites chroniques ou aiguës, ophtalmie néonatale	Pneumonie très grave, épanchement, épanchement pleural et emphysème, asthme sévère, laryngite virale, diphthérie, coqueluche, insuffisance cardiaque, typhoïde, arthrite infectieuse, fièvre dengue hémorragique
Santé Maternelle et génésique	Planning familial à court terme, soins prénatals, y compris TPA contre le paludisme for malaria, assistance qualifiée pour le travail, soins post natals, PTME	Planning familial à long terme, infection urinaire, mastite, MST	Dystocie, accouchement par forceps ou ventouses, césariennes, hémorragie du post-partum, infection maternelle puerpérale, hypertension (pre-eclampsia et eclampsia), complications post-avortement ¹⁷ , fistule, cas de référence compliqués
Paludisme	MTI, traitement prophylactique, TPA pour les femmes enceintes, paludisme	test de diagnostique rapide (TDR), Paludisme grave ou avec complications	Paludisme grave ou avec complications nécessitant une transfusion sanguine
Tuberculose	DOTS+	Examens de laboratoire TB	
VIH/SIDA	Conseil et dépistage volontaires (CDV), PTME, antirétroviral (ARV) prescription et surveillance MTS et soins IO, support psychosocial, adhésion à l'éducation, activités de laboratoire de base (niveaux d'hémoglobine et d'hématocrite, dépistage VIH et TB)	Examens (charge virale, créatine, bactériologie, parasitologie, hématologie)	Consultations spécialisée, numération des CD4, support pour les travaux de laboratoire, détermination des dosages pharmacologiques, examens de résistance aux médicaments de première ligne.

¹⁷ L'avortement est illégal dans tout le Mali, cependant, beaucoup d'interruptions de grossesse se font par surdosage de médicaments contraceptifs ou sont administrés dans des cliniques privées. Des femmes arrivent au centre de santé niant toute connaissance de la grossesse et d'avoir pris de tels médicaments. Un obstétricien-gynécologue rapportait que presque une malienne sur quatre interrompra une grossesse de cette façon pendant ces années reproductives. De plus si une femme meurt suite à des complications survenant après un avortement, on parlera plutôt d'hémorragie pour protéger la famille. Les données officielles enregistrées sur l'avortement restent très limitées du fait des contraintes légales et du caractère informel et privé qui entoure cette pratique.

Appendice 4: Budget d'Etat Pour la Santé, Mali, 2007

EXECUTION DU PO 2007: SITUATION RECAPITULATIVE PAR ACTEUR (Compil National) en milleirs de Francs CFA							
Acteurs	Montant Prévu	Montant reçu	Montant exécuté	Montant Justifié	Solde	Taux de mobil	Taux de justif
	1	2	3	4	5=(2-3)	6=(2/1)*100	7=(4/2)*100
Etat	43 432 537	49 429 505	49 014 944	48 780 354	414 561	114	99
Recouvrements	13 523 729	12 246 114	11 965 246	11 953 428	280 868	91	98
Communautés	592 863	210 836	210 218	209 903	618	36	100
Collectivités	1 326 621	311 509	311 270	311 270	239	23	100
TOTAL PARTENAIRES	38 167 666	35 526 329	33 722 824	33 317 023	1 803 505	115	95,81
AFRF	203 466	27 133	27 133	24 504	0	13	90
ATN/USAID	187 082	146 382	145 862	145 862	520	78	100
BAD	4 372 625	3 052 372	3 038 555	3 034 625	13 817	70	99
AFD/CTB	1 514 448	889 946	889 946	879 141	0	59	99
BID	826 310	322 879	322 879	322 879	0	39	100
Canada	439 000	1 259 429	1 062 613	1 022 256	196 816	287	81
CDC/Atlanta		200 000	200 000	0	0	#DIV/0!	0
Centre Carter	177 246	41 667	41 667	41 667	0	24	100
CS 20	15 275	1 627	1 627	1 627	0	11	100
FM	1 909 721	1 417 807	1 360 280	1 269 198	57 527	74	90
Fonds MAP	973 228	545 742	545 742	545 742	0	56	100
PLAN	90 998	43 860	43 860	43 860	0	48	100
GAVI	872 500	3 864 943	3 864 943	3 864 943	0	443	100
GLOBAL 2000	35 007	23 289	23 289	23 289	0	67	100
HKI	116 992	63 850	63 850	63 850	0	55	100
ITI	58 513	102 002	102 002	86 307	0	174	85
Lux	61 677	27 000	27 000	27 000	0	44	100
MDM	7 000	1 041	1 041	1 041	0	15	100
ABS	9 887 717	9 587 695	8 654 454	8 654 454	933 241	97	90
OMS	876 690	787 780	777 222	761 717	10 558	90	97
PAM	382 313	4 493	4 493	4 493	0	1	100
PDZLII	13 512	16 519	16 519	16 519	0	122	100
PKC	371 101	105 341	101 359	101 359	3 982	28	96
Projet PASEI2	204 000	64 000	64 000	64 000	0	31	100
PSM	12 558	9 237	9 237	9 237	0	74	100
SADEVE	9 606	7 013	7 013	7 013	0	73	100
SAVE	69 994	76 374	76 374	76 374	0	109	100
SCI	250 100	213 498	213 498	213 498	0	85	100
SOLTHIS	13 200	0	0	0	0	0	#DIV/0!
SSI	43 880	64 192	64 192	63 192	0	146	98
Suisse	368 852	28 033	28 033	28 033	0	8	100
UNFPA	591 830	155 810	155 810	147 622	0	26	95
UNICEF	2 019 674	2 787 549	2 754 451	2 742 291	33 098	138	98
USAID	515 000	662 841	648 268	643 818	14 573	129	97
World Vision	39 377	330	330	330	0	1	100
Autres	10 637 174	8 924 655	8 385 282	8 385 282	539 373	84	94
TOTAL GENERAL	97 043 416	97 724 293	95 224 502	94 571 978	2 499 791	101	97

Source: Ministère de la santé (2008).