

OMS MALI

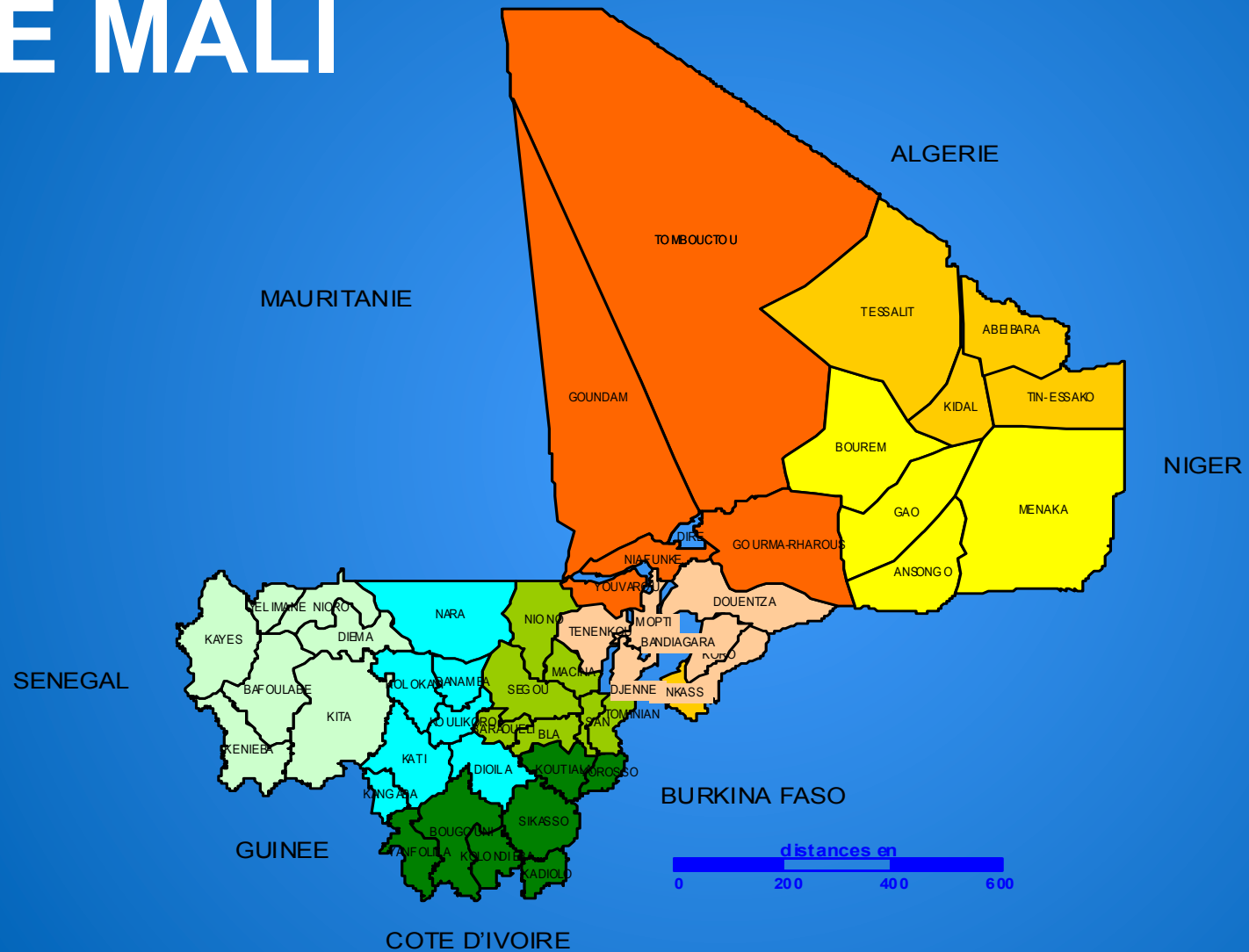
L'IMPACT DE LA CRISE HUMANITAIRE SUR LES STRUCTURES DE SANTE AU MALI

Résumé et points essentiels



World Health
Organization

LE MALI



AVANT-PROPOS

La décision de l’OMS et du Ministère de la Santé de mener une enquête sur l’impact de la crise socio-politique et humanitaire sur les structures de santé au Mali a été motivée par la nécessité d’apporter aux Partenaires Techniques et Financiers une information stratégique pouvant guider la planification et la prise de décision basée sur une connaissance approfondie de l’état du système de santé dans le pays.

Les résultats de l’enquête nous ont permis de dresser un portrait exhaustif de l’état des infrastructures sanitaires et de fournir des informations stratifiées sur la disponibilité des prestations de soins au niveau communautaire et hospitalier, en rapport avec les services cliniques généraux, la santé de l’enfant et de la mère y compris les soins néonataux, les maladies transmissibles et non transmissibles, les IST/VIH-SIDA, les violences basées sur le genre, la santé mentale et environnementale.

A travers cette étude le lecteur est à même de mieux cerner le lien entre catastrophe humanitaire et son impact sur la santé des personnes affectées. Si ce lien n’est pas compris des bailleurs, les fonds alloués à la santé, ne seront pas toujours corrélés à l’ampleur des dommages enregistrés lors des situations d’urgence comme ce fut le cas au Mali en 2012 et 2013.

A titre de rappel, l’appel de fonds (CAP) pour le Mali n’a reçu, au 07 Octobre, qu’environ 180 millions de dollars, soit 38 pourcent de la requête de 477 millions de dollars. Malgré ce déficit, l’OMS a pu assurer ses fonctions essentielles à travers la coordination du cluster santé, le renforcement des capacités, la génération de l’information stratégique, l’approvisionnement en intrants médicaux, le renforcement de la surveillance épidémiologique et la lutte contre les épidémies etc.

Ce rapport sur l’impact de la crise sur les structures de santé au Mali, représente donc pour l’OMS un appel à la mobilisation de tous les Partenaires Techniques et Financiers pour un investissement accru et soutenu dans la redynamisation du système de santé au Mali.

Dr Ibrahima Socé Fall
Représentant du Bureau de l’OMS au Mali

LE CONTEXTE

Le présent résumé de « *l'évaluation de l'impact de la crise humanitaire sur les structures de santé au Mali* » porte sur le fonctionnement et les capacités des structures de santé. Cette étude a été conduite par l'OMS en appui au Ministère de la Santé sur l'ensemble du territoire malien.

Au plus fort de la crise 2 500 000 personnes étaient directement affectées par les dysfonctionnements du système de santé liés au conflit armé et le besoin d'assistance immédiate était crucial. L'accessibilité aux soins des populations est limitée par la destruction et ou le pillage des infrastructures sanitaires, le départ du personnel, et des ONGs et l'arrêt du fonctionnement de certaines structures de santé.

Au Nord (1 486 000 habitants) comme au sud les structures de santé sont débordées à tous les niveaux n'étant pas préparés à faire face à l'affluence inattendus des blessés de guerre et des personnes déplacées internes à la recherche de

soins. Avant la crise, le Mali était déjà confronté à une crise alimentaire et nutritionnelle consécutive au déficit pluviométrique survenue dans le pays en 2010. Le rapport du SLIS 2011 a révélé 49 562 cas de Malnutrition Aiguë Sévère avec un taux de guérison de 83,04%.

Malgré les évaluations déjà effectuées question de savoir comment le système de santé du Mali a été affecté par la crise n'était pas complètement documentée. Les informations sur les besoins prioritaires n'étaient pas encore précises pour assurer la relance des activités. La perception des besoins prioritaires par les populations déplacées n'était pas encore connue. Pour élucider toutes ces questions, il est apparu nécessaire de réaliser une enquête d'évaluation dans l'ensemble des structures de santé du Mali.

LES OBJECTIFS

L'évaluation avait pour objectif : i) d'évaluer les capacités du système de santé suite à la crise humanitaire. Il s'agissait de façon plus spécifique: ii) d'identifier les besoins prioritaires pour l'accès aux soins de santé des populations ; iii) d'analyser la perception des ces besoins prioritaires par les populations déplacées à cause de la crise et iv) faire des propositions pour la relance du système de santé

L'enquête a été réalisée dans toutes les catégories de formations sanitaires et plus exactement dans 1581 structures de santé des secteurs communautaires 71,9 % (1137/1581) privé 21,8% (345/1581) publique et parapublique 6,3% (99/1581) du Mali.

Elle a permis d'analyser l'état des infrastructures de santé la couverture des prestations de soins, d'évaluer les besoins

prioritaires et de faire des recommandations pour la relance des activités de santé.

Les domaines d'activités ciblés par l'enquête ont été: (i) l'offre de soins, (ii) les prestations de services cliniques généraux, (iii) la santé de l'enfant, (iv) les maladies transmissibles, (v) les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, (vi) la santé maternelle et néonatale, (vii) les violences sexuelles, (viii) les maladies non transmissibles, (ix) la santé mentale et (x) la santé environnementale.

METHODOLOGIE

Cette enquête a été réalisée avec l'aide de l'outil HeRAM développé par l'OMS pour apprécier rapidement la situation des structures sanitaires affectées par la crise humanitaire et évaluer les besoins pour le recouvrement précoce des activités.

Cette évaluation exhaustive des structures de santé du Mali a inclus les hôpitaux, centres de santé de référence (CsRef), centres de santé communautaires (CSCoM), structures privées, confessionnelles et parapubliques. Elle a été basée sur une observation transversale utilisant un questionnaire administré au personnel socio sanitaire et un sondage d'opinion des populations déplacées sur les besoins prioritaires. Ce dernier aspect a été réalisé dans une aire de santé aléatoirement choisie dans les districts sanitaires accessibles.

Seules, les structures accessibles et fonctionnelles ont été prises en compte dans le calcul des indicateurs de disponibilité de services. Tous les types de structure primaires ont été inclus y compris les CSREF et les polycliniques pour évaluer les ratios, services de soins primaires pour 10 000 habitants.

Par rapport au standard «centres de santé pour 50 000 habitants » les CSREF ainsi que les polycliniques ont été pris en compte. Les données des niveaux secondaires et tertiaires ont été intégrées dans l'analyse des services primaires et concernent notamment la Banque de sang, l'unité de récupération nutritionnelle intensive (URENI), l'accouchement normal, les soins essentiels au nouveau-né, les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC), les soins après l'accouchement.

La collecte des données a été assurée par les directeurs régionaux de la santé, les directeurs des hôpitaux, les médecins chefs des districts sanitaires, les chargés de surveillance, les agents de développement social, les directeurs techniques à la suite d'un atelier de formation à l'OMS. Le pré test de la méthodologie a été réalisé en Commune III du district de Bamako.

POINTS CLEFS

93% des structures complètement détruites concernent les régions du Nord.

L'accès aux soins des populations affectées par la crise est restreint par les destructions et ou pillages des infrastructures de santé.

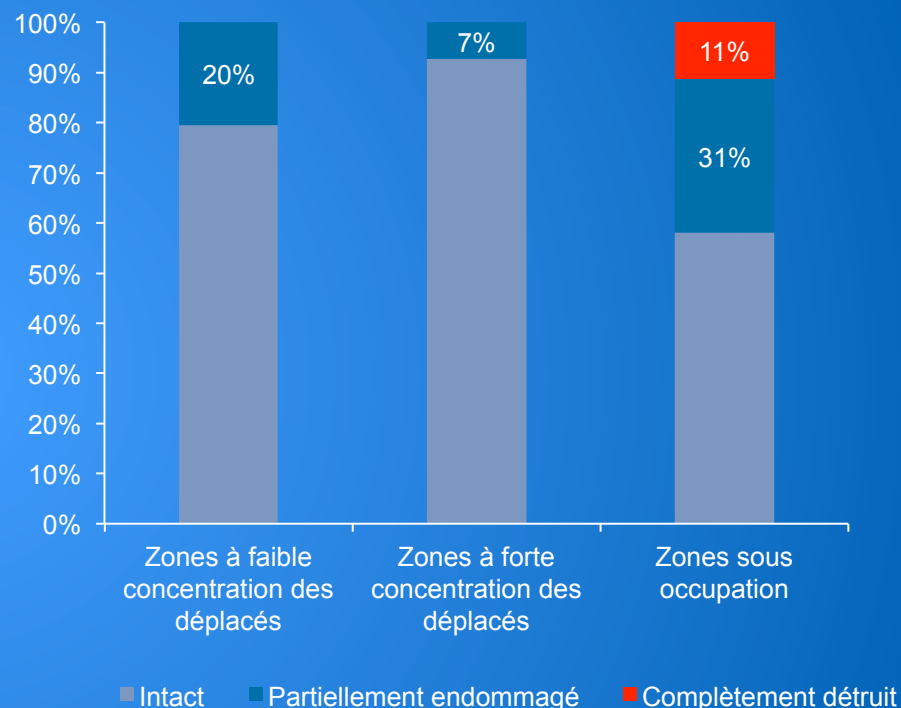
L'étude sur les structures de santé au Mali montre que près de 18,6% (294/1581) des formations sanitaires ont été détruites ou partiellement endommagées.

Des cas de destruction complète ont été notés dans 5 régions (Kidal, Tombouctou, Gao, Koulikoro et Mopti). Cependant 93% de ces structures complètement détruites concernent les régions du Nord. Des bâtiments ont été détruits ou partiellement endommagés dans toutes les régions y compris dans le sud et à Bamako.

La situation est particulièrement critique à Kidal, Gao et Tombouctou où respectivement 70%, 48% et 45% des structures ont été soit partiellement soit totalement endommagées.

-L'Offre de soins

Etat des infrastructures de santé en fonction de la crise



POINTS CLEFS

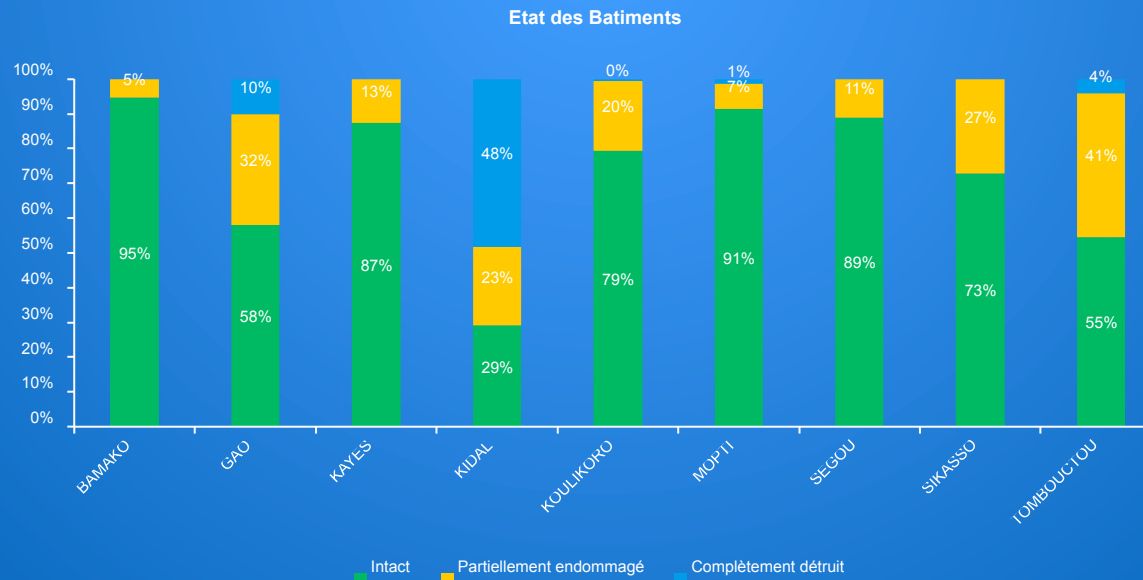
Les dommages et destructions des formations sanitaires sont lourds de conséquences quand on sait que le secteur communautaire représente la plus grande partie de l'offre de soin, et que même en période de stabilité l'accès aux soins au Mali reste encore limité.

Les 42% de la population malienne n'ont toujours pas accès à une structure de santé dans un rayon de 5 Km. La faiblesse des investissements dans les services sociaux de base explique en partie les

L'État des bâtiments

limites observées dans les performances du système de santé au Mali. Tous les dysfonctionnements observés dans le système de santé ne sont pas tous liés à la crise.

Ainsi certaines structures sanitaires présentaient déjà un état de délabrement qui n'est pas dû au fait de la crise politico-sécuritaire et humanitaire. La carte sanitaire 2011 du Mali fait état de 66 maternités et de 70 dispensaires à réhabiliter.



POINTS CLEFS

Près de 17, 2% des structures de santé (272/1581) ne sont pas ou sont partiellement fonctionnelles.

Dans les zones anciennement occupées ce chiffre est de 65%. La réduction du nombre de formations sanitaires aura pour effet de provoquer une pression sur les structures sanitaires du sud qui accueillent un nombre inhabituel de patients venant du Nord.

Même si au regard des données, la plupart des structures de santé sont restées fonctionnelles et ouvertes au public pour les consultations externes dans toutes les régions à plus de 70%, en l'occurrence, la qualité n'est pas assurée par faute de ressources financières suffisantes,

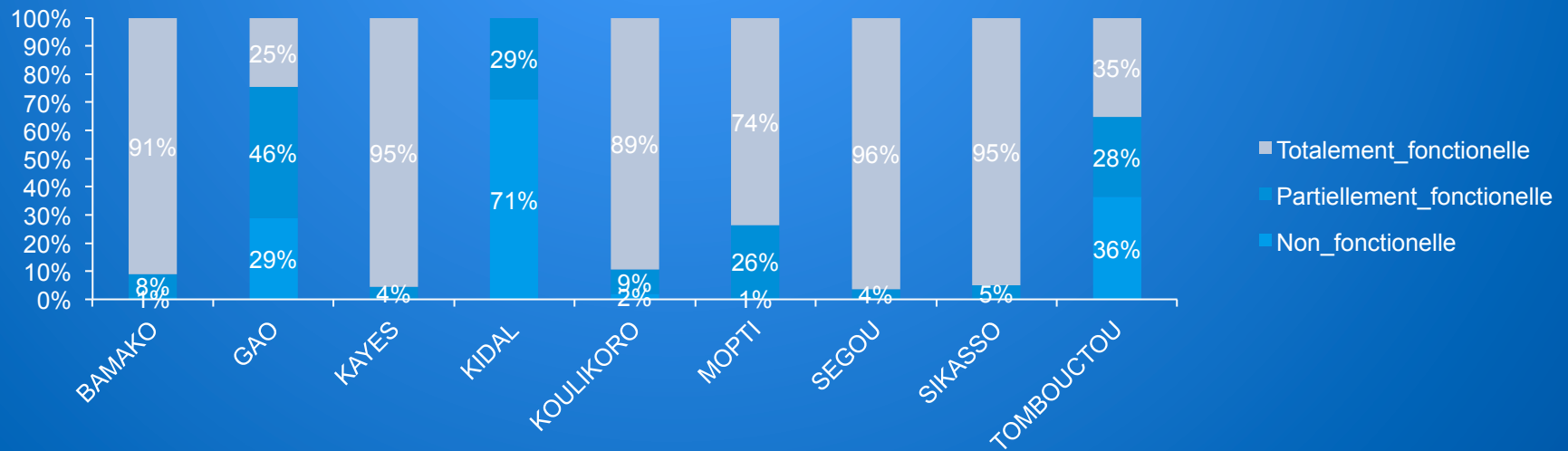
État de fonctionnement Des structures

d'équipement et d'une insuffisance qualitative et quantitative de personnel de santé.

Pour palier à ces insuffisances, l'appui des partenaires est assuré, dans une faible proportion, dans les structures de santé du district de Bamako (16%) et de la région de Tombouctou (44%). Dans les régions de Ségou, Kidal, Koulikoro, cet appui varie entre 67-69% ; dans la région de Kayes, il est estimé à 64% et 55% à Gao .

Les régions du nord et les zones de forte concentration de déplacés ont moins de structures qui reçoivent l'appui des partenaires.

Fonctionnement des Structures



POINTS CLEFS

II-Les Hôpitaux

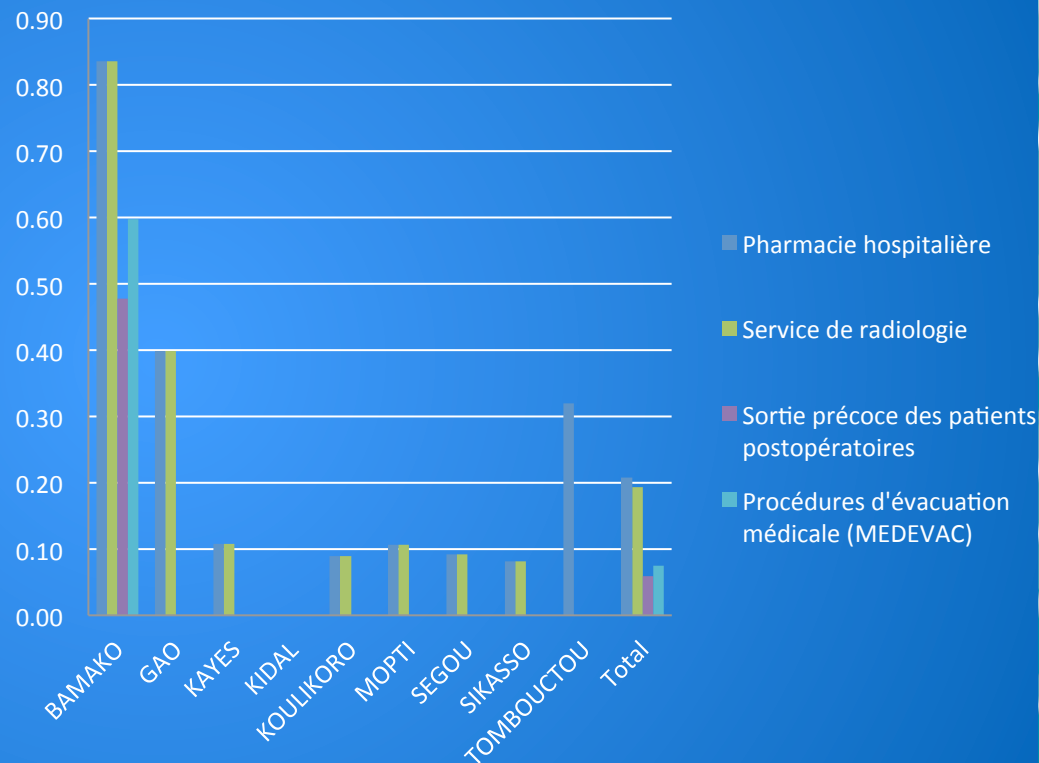
Aucun standard n'est atteint dans toutes les régions sanitaires au niveau des prestations dans les hôpitaux

Les variables mesurées au niveau de la **prestation des hôpitaux** concernaient (i) La couverture des hôpitaux pour 250,000 habitants par région (ii) et la couverture des structures sanitaires pour 10,000 habitants.

Au niveau de la prestation des hôpitaux aucun standard n'est atteint dans toutes les régions sanitaires du Mali qu'il s'agisse de la norme qui veut qu'il y est un (1) hôpital pour 50, 000 ou 250 000 habitants. Il en va de même pour ce qui est du standard de « un service clinique général et soins essentiels pour 250000 habitants » qui n'atteint pas les niveaux escomptés dans toutes les régions.

La couverture des **hospitalisations de courte durée** n'est pas satisfaisante à 50% dans les zones à faible et à forte concentration des déplacés et à 40% dans les zones anciennement sous occupation. La cause principale empêchant cette couverture est l'insuffisance en équipement médical.

Services cliniques généraux et soins essentiels de traumatologie par 250,000 population par région



POINTS CLEFS

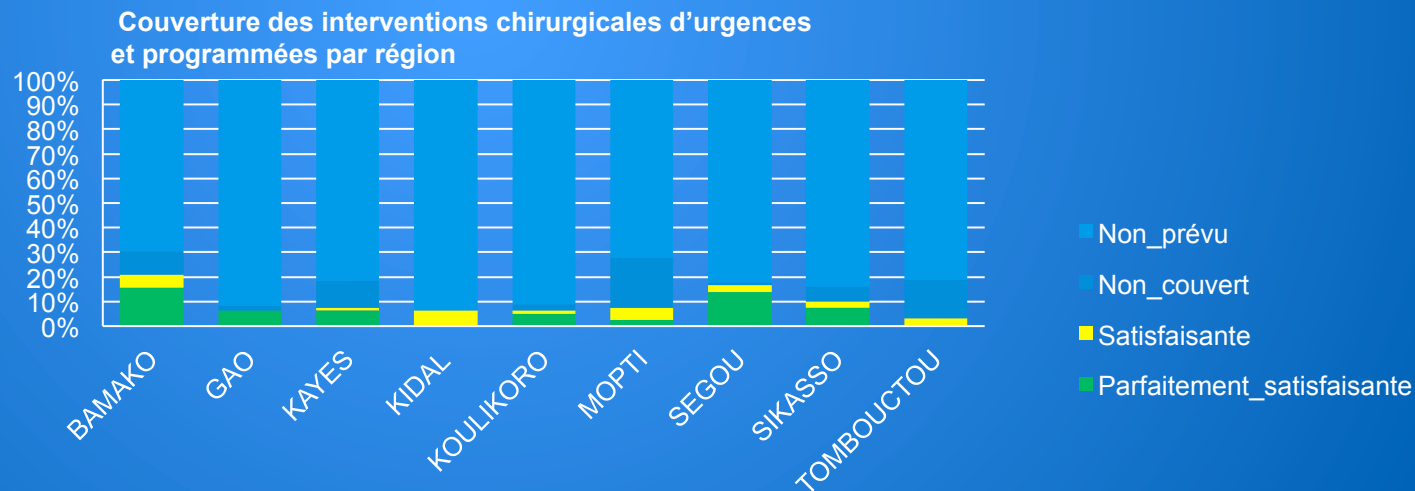
Plus de 80% des structures sanitaires ne couvrent pas les urgences médicales, chirurgicales-obstétricales.

Les mécanismes de référence des urgences médicales, chirurgicales-obstétricales restent affectés par le manque de personnel qualifié, le manque de médicaments et intrants médicaux. L'étude montre que la couverture des interventions chirurgicales d'urgences et programmées est non prévue ou non couverte à plus de 80% dans toutes les régions.

Couverture urgences médicales

A Bamako, elle est non couverte à 10% et non prévue à 70%. Ces besoins sont non couverts à 88% à et 82% à Tombouctou et non prévus à 90% à Kidal.

Les principales causes empêchant une couverture optimale des interventions chirurgicales ont été : l'insuffisance du personnel médical à Gao, Kidal, Mopti et Tombouctou (près de 100%) ; l'insuffisance de formation et de qualification à Kayes, Ségou, Sikasso (75%, 45% et 45%) et l'insuffisance d'équipement médical à Koulikoro et Bamako (45% et 47%).



POINTS CLEFS

II-Prestations laboratoire, banque de sang et radiologie

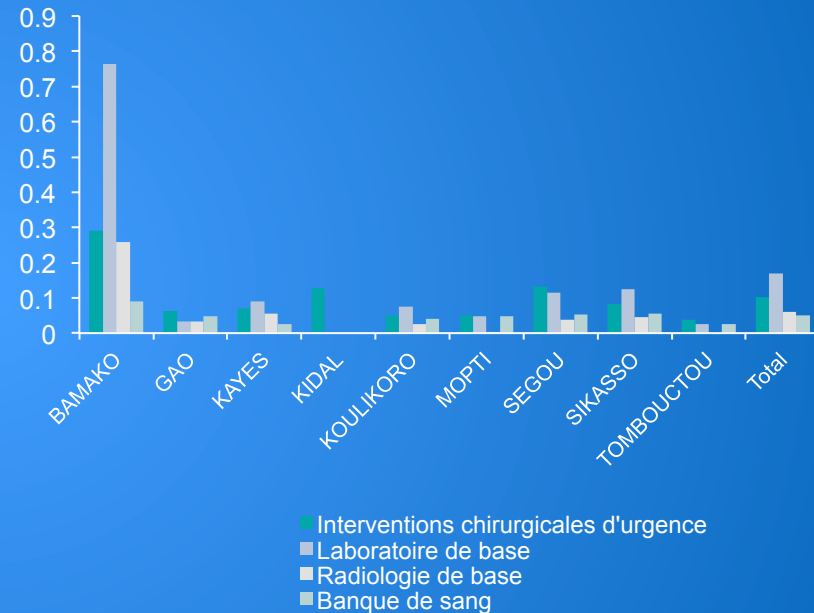
La couverture des services de laboratoires de base est satisfaite ou parfaitement satisfaite dans moins de 15% dans toutes les régions à l'exception de Bamako (55%).

La principale cause empêchant cette couverture est : i) l'insuffisance du personnel médical dans les régions de Kidal (80%), Sikasso (81%), Mopti (83%), et Tombouctou (84%) ; ii) l'insuffisance de formation et de qualification médicale à Kayes (70%) et l'insuffisance en équipement médical à Bamako, Gao et Ségou.

La couverture des **services de banque de sang** est insatisfaite à 95% dans toutes les régions. La principale cause empêchant cette couverture est : i) l'insuffisance du personnel médical dans les régions de Kidal (100%), et Tombouctou (100%); ii) l'insuffisance de formation et de qualification médicale à Gao (100%), Mopti (83%) et iii) L'insuffisance en équipement médical à Sikasso (90%), Kayes (74%), Ségou (60%).

La couverture des **services de radiologie de base** est satisfaite ou parfaitement satisfaite dans moins de 5% dans toutes les régions à l'exception de Bamako (18%). Les principales causes empêchant cette couverture sont : i) l'insuffisance du personnel médical dans les régions de Kidal (50%), Tombouctou (60%), Gao (67%), Mopti (87%), ii) l'insuffisance de formation et de qualification médical à Kayes (70%) Ségou, Sikasso et iii) l'insuffisance en équipement médical à Bamako, Kidal, Koulikoro.

Services cliniques généraux et soins essentiels de traumatologie par 10,000 population par région



POINTS CLEFS

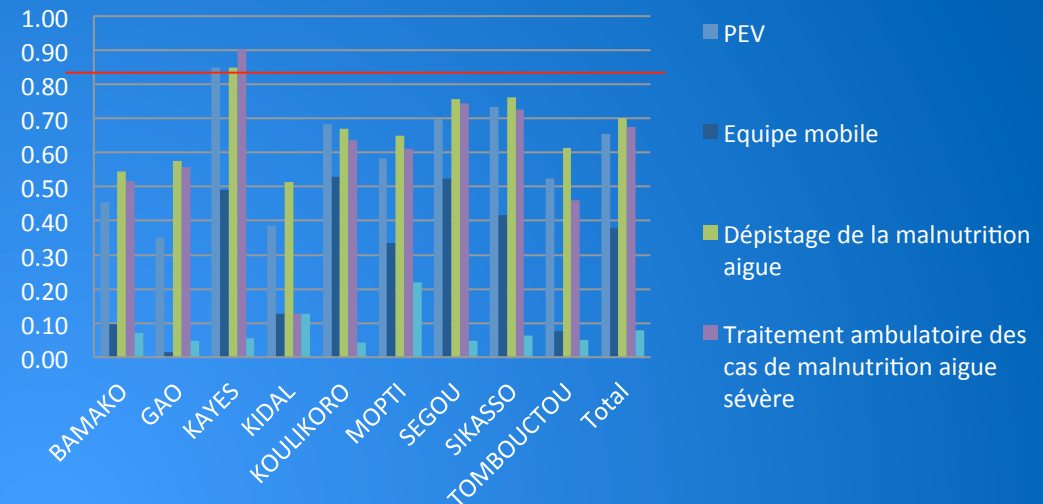
Le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition sans complication plus faible à Bamako (40%) et à Kidal (45%) par rapport aux autres régions.

Enlèvement de la crise alimentaire nutritionnelle. Avant la crise, le Mali était déjà confronté à une crise alimentaire nutritionnelle consécutive au déficit pluviométrique survenue dans le pays en 2010.

Le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition sans complication se sont avérés plus faible à Bamako (40%) et à Kidal (45%) pour des raisons différentes, si à Kidal cette situation s'explique par la faible couverture sanitaire et l'insuffisance du personnel qualifié, la situation à Bamako est plutôt influencée par la prédominance du secteur privé non intégré dans l'application des stratégies nationales en matière de nutrition.

De façon générale, **la couverture des Unités de Récupération nutritionnelle intensive (URENI) est faible** dans toutes les régions ; parmi les raisons on note surtout l'insuffisance des structures de prise en charge intégrée de la malnutrition, cependant l'insuffisance en personnel médical qualifié et de la formation de ce personnel a une cote part de responsabilité ; ces résultats concordent avec la situation d'avant crise.

II-Malnutrition



Services de santé de l'enfant par 10,000 population par région

L'enquête SMART avait montré en 2011 une faible couverture en centre de prise en charge de la malnutrition (12,1%) avec des disparités régionales : moins de 5% de couverture enregistré dans les régions de Bamako, Gao, Tombouctou, Kidal, Koulikoro et Mopti.

L'insuffisance de ressources financières domine dans certains domaines comme l'une des causes couverture non optimale mais n'est pas aussi répandue que l'insuffisance/qualification du personnel. Ainsi l'insuffisance de ressources financières est la cause principale citée dans la faiblesse de la couverture des équipes mobiles dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, et Sikasso. Elle est également la principale cause en ce qui concerne la **faible couverture des équipes mobiles est dans les zones à forte concentration des déplacés (35%)**

POINTS CLEFS

Seulement 8,3% des districts sanitaires ont atteint le ratio de 1 service pour 50 000 habitants pour le diagnostic et le traitement du paludisme

La couverture du diagnostic et du traitement du **paludisme** est faible dans les régions de Kidal (38% non couvert et) 31% non prévu), Tombouctou (37% non couvert) et Gao (31% non couvert).

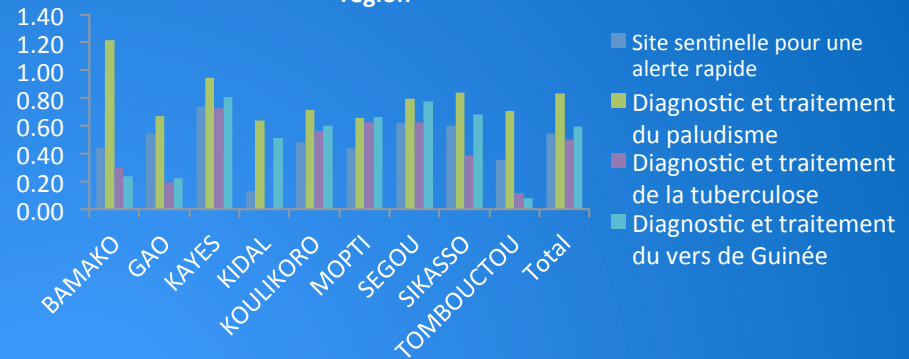
On note cependant que l'équipement médical est insuffisant dans les zones à forte et à faible concentration, par contre dans les zones qui étaient sous occupation c'est l'insuffisance du personnel médical qui est évoquée.

La couverture du diagnostic et traitement de la tuberculose est faible dans les zones anciennement sous occupation (40%). Cette couverture varie dans les zones à forte et faible concentration des déplacés respectivement de 52 à 62%.

En ce qui concerne le **ver de Guinée**, la couverture en terme de diagnostic et de traitement est insuffisante dans les zones anciennement occupées (42%) contrairement aux zones à forte concentration de déplacés où elle atteint les 60% pour dépasser les 80% dans les zones à faible concentration de déplacés.

Maladies Transmissibles

Services pour des maladies transmissibles par 10,000 population par région



La couverture du diagnostic et traitement de la tuberculose est faible dans les zones anciennement sous occupation (40%). Cette couverture varie dans les zones à forte et faible concentration des déplacés respectivement de 52 à 62%.

En ce qui concerne le **ver de Guinée**, la couverture en terme de diagnostic et de traitement est insuffisante dans les zones anciennement occupées (42%) contrairement aux zones à forte concentration de déplacés où elle atteint les 60% pour dépasser les 80% dans les zones à faible concentration de déplacés.

Les principales causes évoquées de la faiblesse de la couverture en terme de diagnostic et de traitement des maladies transmissibles évoquées ici, sont l'insuffisance de personnel et l'insuffisance de formation/qualification du personnel médicale. Dans les zones anciennement sous occupation l'absence du personnel médical est autant évoquée pour la tuberculose.

POINTS CLEFS

Les services de prise en charge syndromique des IST sont offerts dans plus de 70% des structures de la quasi totalité des régions du Mali, sauf dans la région de Kidal où seulement 22% des structures fonctionnelles offrent ces services.

Des disparités existent à l'intérieur des régions. Ainsi dans la région de Gao par exemple, le taux de couverture est de 50% dans les districts de Gao et Ménaka. 100% à Bourem et 45% à Ansongo.

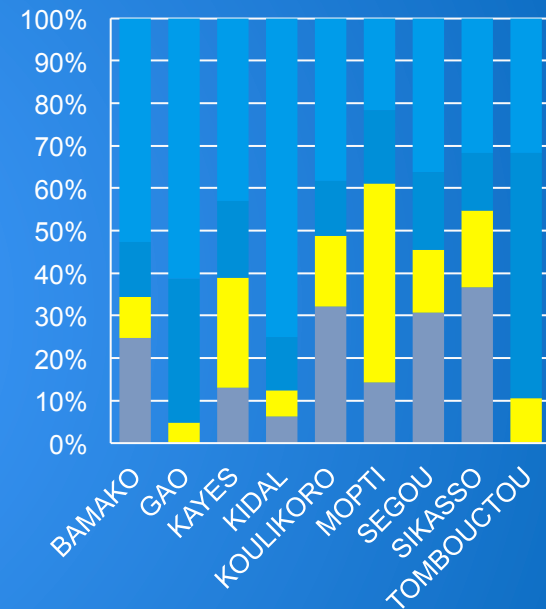
La couverture des soins de **santé mentale** est faible dans toutes les régions les chiffres varient de 5 à 42%. Elle est inexistante à Kidal. La couverture des soins de santé mentale est faible dans toutes les zones.

Cette couverture varie de 15% dans les zones anciennement sous occupation à 38% dans les zones à faible concentration des déplacées.

Nous constatons que la situation avant la crise et pendant la crise n'a pratiquement pas évolué alors qu'on pourrait s'attendre à une augmentation des besoins en relation avec les traumatismes psychologiques liés à la crise.

IST & VIH/SIDA

Couverture de prophylaxie et traitement des infections opportunistes par région



- Non prévu
- Non couvert
- Satisfaisante

- L'étude d'évaluation des structures de santé du Mali face à la crise a été complétée par un sondage d'opinion des populations déplacées sur leur perception des besoins prioritaires.
- A l'issue d'un interrogatoire d'informateurs clés de la communauté utilisant l'échelle de HESPER avec un système de pointage de 19 items, les besoins prioritaires ont été appréciés.
- Ainsi, 141 personnes d'âge compris entre 18 et 75 ans ayant une moyenne de 42,8 ans ont été interrogées.
- La distribution de fréquence des problèmes graves perçus par les personnes enquêtées suit la loi normale de Laplace Gauss et par conséquent rend confortable l'extrapolation des résultats.
- Selon la perception des enquêtés, le premier problème le plus grave et par conséquent prioritaire demeure la disponibilité d'aliments.
- La deuxième priorité évoquée est liée au revenu moyen de subsistance et la troisième est les soins de santé.

POINTS CLEFS

Des recommandations ont été formulées suite à une analyse convergente des problèmes liés à l'offre de soins réalisée au cours de l'atelier de restitution du 11 au 16 juillet 2013 à l'OMS.

C'est ainsi qu'à Gao, Tombouctou et Kidal *la réhabilitation des structures de santé, le recrutement de personnel qualifié, la motivation du personnel retourné et la formation* ont été soulignés comme solutions prioritaires.

Il est apparu important par ailleurs de prendre les mesures pour :

- Rendre les intrants disponibles pour soutenir les services de santé,
-
- Renforcer les capacités du personnel existant dans les divers domaines techniques,
- Renforcer le plateau technique des PSA (poste de santé avancé) pour l'offre du Paquet Minimum d'activités,
- Renforcer la demande des prestations par les activités de sensibilisation avec les ASC et le renforcement des programmes de communication pour le changement de comportement et d'Information, Education et Communication.

RECOMMANDATIONS

- Relancer des équipes mobiles polyvalentes et renforcer les activités de planification familiale et de conseil prénatal;
- Augmenter l'effectif du personnel sanitaire qualifié et affecter le personnel sanitaire en fonction des besoins de chaque commune,
- Doter les services de santé dans le besoin d'équipements techniques complémentaires,
- Orienter les partenaires vers les zones non encore couvertes,
- Organiser des concertations périodiques et régulières entre les différents intervenants ;
- Relancer le système *de référence évacuation avec comme porte d'entrée les urgences obstétricales.*

II-CONCLUSION DE L'ENQUETE

- **L'enquête d'évaluation rapide** a montré que les prestations de services de santé maternelle et néonatale **ont été gravement affectées par la crise humanitaire au Mali**. Les résultats de l'enquête seront exploités pour la **planification de la relance des activités**.

L'OMS au Mali

L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays, de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.

L'OMS entend relever les défis en matière de santé grâce à un programme en six points:

- 1. Promouvoir le développement**
- 2. Favoriser la sécurité sanitaire**
- 3. Renforcer les systèmes de santé**
- 4. Exploiter la recherche, l'information et les données factuelles**
- 5. Renforcer les partenariats**
- 6. Améliorer la performance**



World Health
Organization