

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LE PROJET
« RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE LA REGION DE MOPTI, MALI »
(ETUDE DE FAISABILITE COMPLEMENTAIRE)

RESUME

Introduction

L'étude de faisabilité complémentaire sur la prise en compte du Genre dans le cadre du projet d'appui de l'AFD au développement sanitaire de la région de Mopti, réalisée sur le terrain en avril 2001, fait suite à l'« Etude N°1 de faisabilité du projet de renforcement du système de santé de la région de Mopti », réalisée par le CREDES sur un financement AFD en novembre 2000.

Selon les termes de référence de l'étude, « *l'intégration de l'approche genre dans le projet « santé » a comme objectif non seulement la prise en compte de la situation des besoins et intérêts des femmes en général dans la population concernée mais aussi la réduction d'autres inégalités significatives entre différents groupes de public en matière d'accès aux services de santé de qualité dans la cinquième région* ».

Cette étude inclut une analyse socio-économique et sanitaire de la région de Mopti, différenciée selon le Genre, synthétisée à partir des études existantes. La prise en compte du Genre dans le cadre du projet d'appui de l'AFD au développement sanitaire de la région de Mopti est analysée à travers 4 axes : l'adéquation de l'offre de soins à la demande ; la gestion des ressources humaines ; la participation communautaire à la gestion des centres de santé de base (CSCOM/ASACO), les mutuelles de santé et les mécanismes alternatifs au financement de la santé.

Méthodologie

La méthodologie de l'étude consiste en une analyse documentaire socio-économique à partir de la bibliographie jointe au rapport, en des entretiens qualitatifs au niveau national du Mali et régional de Mopti avec les institutions de la santé et du développement social, les représentants de la communauté internationale au Mali et leurs acteurs de terrain, les interlocuteurs du ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, les associations communautaires de gestion des centres de santé, les organisations non gouvernementales et les associations de différents secteurs (développement rural, santé, Genre, éducation, décentralisation), les organismes de financement de la santé, les élus et certaines personnalités.

Résultats : principaux constats

1. L'analyse socio-économique de la région de Mopti

La région enregistre les indicateurs socio-démographiques les plus préoccupants : 12.7% de la population vit en milieu urbain ; près de 44% de la population a moins de 15 ans ; le nombre moyen d'enfant par femme est de 6.4 ; le taux de mortalité infantile est de 142.4 pour mille ; le taux de couverture vaccinale de 23.6% ; 14.6% des ménages ont accès à l'eau potable ; 14.8% des enfants de 6 à 15 ans fréquentent l'école ; près de 90% des femmes et 86% des hommes sont analphabètes ; les dépenses annuelles moyennes par tête sont de 65 171 FCFA.

Les principales ethnies représentées sont les Peuls, les Dogons, les Bambaras, les Songhay, les Touaregs.

L'exode rural est de plus important vers Bamako ou les pays voisins. Relevons les migrations des jeunes filles employées en ville comme domestiques, qui, pour 90% concernent les jeunes filles Dogons et qui pour plus de 50% ont entre 11 et 15 ans. Ces migrations féminines ont des conséquences socio-sanitaires graves : risque de prostitution, exposition aux violences et abus sexuels, avortements et infanticides, infections sexuellement transmises dont le sida.

Il ressort d'une étude sur la disponibilité des services socio-économiques que tous les cercles de la région de Mopti sont touchés par la pauvreté et que les cercles où se propose d'intervenir l'AFD, Youwarou, Douentza et Mopti, sont, avec Koro, parmi les plus pauvres.

Les relations hommes-femmes dans la région de Mopti sont caractérisées traditionnellement par les points suivants :

- les décisions familiales sont prises par les hommes y compris en matière de recours aux soins et de dépenses de santé;
- la participation des femmes à la vie publique est très faible ;
- les ressources financières sont gérées par les hommes qui contrôlent les dépenses ;
- il n'y a pas de notion d'égalité entre les hommes et les femmes mais notion de complémentarité ;
- ces caractéristiques culturelles évoluent en milieu urbain au contact de projets internationaux associatifs générateurs de revenus qui offrent aux femmes une opportunité d'alphabétisation, de développement de capacités de production, d'apprentissage de la gestion, d'autonomie de ressources et de contrôle des dépenses.

2. Les données sanitaires de la région de Mopti selon le genre

Les données sanitaires (motifs de consultations et hospitalisations) et les données portant sur les ressources humaines, ne sont pas désagrégées par sexe. Les principaux facteurs sous-jacents aux problèmes relatifs à la santé de la reproduction relèvent, en dernière analyse, des inégalités de genre : âge de la première grossesse, nombre d'enfants, niveau de formation et d'éducation, accès aux services de santé, accès aux services de planification familiale, pratiques néfastes à la santé, prostitution et violences.

Les personnels de santé de la fonction publique sont en majorité des hommes et ils sont les plus nombreux à bénéficier de formation continue.

Les femmes sont très minoritaires dans les associations de gestion des centres de santé communautaires et même présentes, elles participent peu aux décisions.

3. Les priorités gouvernementales

Le plan d'action du *MPFEF* (Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) sur la période à venir est en cours d'élaboration lors de l'étude mais reprend néanmoins les orientations de la Conférence de Beijing en matière d'éducation, de santé, du droit des femmes et de leur participation à la vie publique. Deux domaines nouveaux s'inscrivent désormais comme priorité de la politique nationale de promotion des femmes : la protection des femmes contre la violence et la lutte contre les pratiques néfastes à la santé, dont l'excision. Sur ce dernier point une circulaire ministérielle rappelle les complications médicales liées à l'excision et interdit aux soignants d'y contribuer ; un projet pilote de prévention est en cours dans la région de Sikasso, à partir des résultats duquel des dispositions nationales seront prises.

Dans le secteur de *la santé*, les activités prévues par ce ministère concernent la santé des adolescentes, l'accès à l'eau potable et à la nutrition, la prévention des MST/sida, l'extension de la couverture sanitaire, la sensibilisation pour davantage de participation des femmes aux décisions des ASACO et le développement d'activités génératrices de revenus pour faciliter l'accès aux soins préventifs, promotionnels et curatifs.

Les organisations internationales et bilatérales les plus actives en matière d'appui technique et financier à la mise en œuvre des activités de réduction des inégalités hommes-femmes au Mali et à leurs conséquences sanitaires et sociales, sont le FNUAP, le PNUD, les Pays-Bas et le Canada. La Banque Mondiale finance en milieu rural le projet d'appui aux initiatives de base qui prend en compte la demande des villageois dans les domaines de la production, de l'adduction d'eau, de la santé et de l'éducation. La santé n'apparaît comme besoin exprimé par les populations que lorsque les besoins en eau et alimentation sont couverts. Dans la région de Mopti, les micro-projets de développement rural sont très nombreux à la périphérie des villes, mais les actions spécifiques menées sur la question de genre restent concrètement très limitées voire absentes en zone rurale.

4. Le développement social et l'économie solidaire

Des dispositions nationales sont prévues tant du côté du ministère de la santé, que du ministère du développement social, pour prendre en compte les démunis, mettre en place un système national d'assurance maladie, et favoriser l'émergence de mécanismes alternatifs de financement de la santé. En pratique ces dispositions qui font essentiellement référence à la mobilisation de ressources de la part des communes, ne sont pas réalisables et les indigents ne sont pas pris en charge, même pour les urgences médicales et chirurgicales.

Dans la région de Mopti, seul le CIDR (Centre International pour le Développement et la Recherche), est appelé à mettre en œuvre un projet de mutuelle pour les femmes et leurs familles financé par l'AFD, dont les modalités de financement sont en cours de définition (critères d'inclusion, montant des cotisations, actes couverts, accords avec les structures de soins, modalités de remboursement, etc.) et ne seront opérationnelles que d'ici la fin de l'année 2001. Il est prévu que l'UTM (Union Technique des Mutuelles) ouvre à Mopti une antenne pour faciliter l'émergence d'autres mutuelles de santé et appuyer l'évolution des initiatives de co-financement existantes au niveau de certains cercles vers la constitution de vraies mutuelles de santé.

5. L'adéquation offre-demande de soins dans la région de Mopti

Selon une étude menée dans le cercle de Sikasso, l'ensemble des populations vivant en milieu rural des cercles de la région vit en dessous du seuil de pauvreté défini par le PNUD. 96% des usagers n'ont pas de système de protection sociale. Des mécanismes de solidarité existent dans le secteur informel de soins.

Les déterminants de *la demande de soins*, de l'utilisation des services de santé de base ou de référence, relèvent de plusieurs configurations qui s'intriquent les unes dans les autres au moment de la décision de recours et du choix du recours, traduisant la multiplicité de ceux-ci entre le système moderne de soins, le système informel, le système traditionnel :

- le type de maladie,
- le pouvoir de décision des hommes,
- le pouvoir économique des malades,
- l'accessibilité géographique des services,
- la relation entre le citoyen et l'Etat,
- le niveau d'instruction du chef de famille,
- le niveau d'instruction des femmes,
- l'information des populations sur les prestations et le prix de celles-ci,
- les croyances religieuses et la place de Dieu dans la maladie ou la mort,
- les jeux de pouvoirs locaux,
- la perception par les usagers de la qualité des soins et des compétences des soignants,

sont autant de facteurs qui interviennent dans la décision de recours et le choix du site. Le recours des femmes aux soins préventifs est davantage lié au niveau d'instruction des femmes et de revenus que les soins curatifs même si ces derniers le sont aussi. 90% des motifs de non utilisation des centres de santé de la région de Sikasso sont donnés par : le manque d'argent, la préférence des soins à domicile, « *cela va passer* ».

L'automédication prédomine et la demande de soins modernes, qui s'exprime sur le niveau de référence lorsque les autres recours ont échoué, soit dans 20% des cas seulement, n'est pas satisfaite.

En effet, *l'offre de soins* ne répond pas aux besoins de santé des femmes et des démunis en particulier: les priorités de santé des femmes (et des hommes) ne sont pas connues :

- le système d'information sanitaire, dont les données ne sont pas désagrégées par sexe, ne mentionne que les motifs de recours aux soins ambulatoires de malades qui viennent au centre de santé, ce qui n'indique rien sur les malades qui ne viennent pas et qui sont les plus nombreux (très faibles taux de fréquentation des centres de santé).
- Les personnels de santé, notamment les médecins, sont en nombre insuffisant.
- Les femmes sont très peu informées sur les services préventifs, promotionnels et curatifs disponibles au centre de santé. Les prestations préventives et curatives sont limitées (planification familiale et référence obstétricale) et payantes en l'absence de mécanismes de protection sociale.

- L'accessibilité géographique au niveau de référence est rendue difficile par les distances, l'état des pistes, et la géographie de la région, mais surtout par l'absence de moyens de transport et de financement de ce dernier.
- La qualification des personnels de santé, les infrastructures et les équipements sont insuffisants pour faire face aux urgences chirurgicales notamment obstétricales (réanimation, transfusion notamment). La qualité des soins, si elle figure comme objectif du plan national de développement sanitaire, n'est pas déclinée sur le terrain dans toute une série de mesures de formation et de supervision des personnels de santé. Notons au niveau de l'hôpital régional la mise à disposition récente d'une dizaine de médecins spécialistes assistants techniques cubains.

Axes d'intervention et recommandations pour le projet de l'AFD :

Favoriser l'expression de la demande de soins modernes : réduire l'analphabétisme des hommes et des femmes, augmenter le niveau d'autonomie et de revenus des femmes, améliorer la qualité des soins, l'accessibilité géographique et économique des services préventifs et curatifs de santé, sont autant d'objectifs clés du renforcement du système de santé de la région de Mopti. Un projet axé en priorité sur la qualité des soins, intégrant les questions de sensibilisation et de formation aux questions de genre, basé à la Direction régionale de la santé de Mopti est proposé.

La stratégie nationale de santé doit rappeler aux échelons opérationnels la gratuité des soins préventifs. Sa mise en œuvre doit être plus rapide et plus performante sur la mise en place de mécanismes alternatifs de financement de la santé dans la région de Mopti pour garantir la prise en charge médico-chirurgicale des plus démunis (hommes et femmes). L'AFD pourrait appuyer l'UTM dans la région de Mopti.

Le projet doit prévoir de faciliter la mobilité des personnels de santé et des malades entre le niveau de base et les niveaux de référence (moyens de communication, de transport, performance des équipements de référence).

Pour renforcer la prise en compte du genre, le projet doit travailler de concert avec les partenaires internationaux présents dans la région et organiser des ateliers de formation des personnels de santé, des services du développement social, des services du ministère de la promotion de la femme, des organisations non gouvernementales, et suivre sur le terrain la mise en pratique de recommandations liées à la participation des femmes à la définition des priorités de santé et à la gestion de l'offre de soins (centres de santé tous niveaux, ASACO, mutuelles). A l'échelle nationale, le projet de l'AFD doit se rapprocher des initiatives de l'Union européenne de travailler sur la gestion des ressources humaines, la formation initiale et continue des personnels de santé.

6. Ressources humaines : la compétence et la motivation des personnels de santé

Les principes de la déontologie médicale ne sont pas respectés par les personnels de santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Bien que conscient des facteurs religieux et culturels qui régissent les relations sociétales dans les différents groupes ethniques du Mali et plus particulièrement les relations entre soignants et soignés, et conscient de la perception de la maladie et de la mort que ces considérations religieuses induisent, le projet doit contribuer à améliorer l'exercice de la vocation du soignant et le respect d'une éthique de soins.

La motivation des personnels de santé est dominée par le niveau de rémunération et par les conditions matérielles d'exercice de leurs métiers. Les pratiques parallèles, qui s'ajoutent désormais aux tarifications officielles, pèsent sur l'accès aux soins.

Les intervenants internationaux qui travaillent à améliorer la motivation et la gestion des ressources humaines, pourraient soutenir l'adoption de mesures concrètes de formation, de sensibilisation, d'incitation à respecter les règles de la déontologie médicale, ce qui contribuerait à améliorer de façon significative la qualité des prestations.

Le plan de formation qui doit découler du travail en cours de l'Union européenne au Mali prévoit de proposer des dispositions relatives à la motivation des soignants et à la gestion des plans de carrières. Des dispositions doivent clarifier également le statut des personnels contractuels des ASACO. En zone rurale

où les conditions de travail et l'isolement sont très difficiles, en attendant que le plan de formation voit le jour, il peut être proposé une rotation des personnels de santé tous les deux ans.

Dans la région de Mopti, l'association *SANTE SUD* très engagée dans l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires, et partenaire de la formation continue des personnels de santé de la fonction publique, pourrait être un partenaire privilégié de l'AFD pour l'amélioration des compétences et de la performance des personnels de santé.

7. La participation communautaire à la gestion des services de santé de base

Les problèmes majeurs des ASACO en milieu rural sont : la création, dans le souci national d'extension de la couverture sanitaire, de nombreux CSCOM, sur l'initiative des services publics périphériques (direction régionale de la santé, centres de santé de cercles), et non à la demande des populations, ce qui rend d'autant plus difficile la mobilisation ultérieure en ASACO de celles-ci et leur motivation à en assurer la gestion ; l'absence de personnel qualifié qui préfère la sécurité de l'emploi dans la fonction publique ; le faible niveau d'instruction des membres responsables des ASACO et le manque de formation de ceux-ci à la gestion des priorités et de l'offre de santé ; le recouvrement des coûts imposé à ce niveau en zone rurale où la plus grande partie de la population est très pauvre et le faible niveau de recettes de ces centres de santé, qui doivent assurer pourtant les dépenses de fonctionnement des prestations préventives et curatives de soins ; l'absence de clarification des attributions respectives des services de cercles, des ASACO, des communes et des personnels de santé ; l'absence de statut juridique de ces structures communautaires ; la faible contribution des communes à la gestion des ASACO et surtout à la mobilisation de ressources de financement des soins pour les indigents.

Recommandations

Le projet pourrait travailler avec le CIDR et la FERASCOM, Fédération régionale des ASACO de la région de Mopti, pour analyser les besoins des ASACO des cercles appuyés par l'AFD (monographie et besoins de formation et de définition juridique) et mettre en place une étude pilote testant des mesures d'amélioration de la participation communautaire en milieu rural, telle que définie selon une étude récente du CIDR au Mali.

Le projet pourrait travailler *a priori* sur les CSCOM/ASACO existants, dont les besoins sont importants (formation et fonctionnement, qualité et suivi), et non en construire d'autres dans les trois cercles appuyés.

L'intégration de l'approche genre est cruciale à ce niveau et sera menée progressivement sur la durée du projet : ateliers regroupant les usagers, les élus communaux, les ASACO, les organisations de femmes, les autorités sanitaires de cercles, les personnels de santé des CSCOM, etc., information et sensibilisation des femmes à ce qu'on attend d'elle et suivi.

En cas de nécessité, il peut être envisagé de subventionner des dépenses de fonctionnement pour garantir la couverture des soins préventifs et curatifs et augmenter ainsi la fréquentation des services et le niveau de recettes pour préparer leur autonomie.

8. Le développement de formes alternatives de financement de la santé.

Des modes de solidarité traditionnels existent dans la région. Les caisses de co-financement usagers-cercles pour les soins prénataux au niveau de certains cercles, financées par l'UNICEF, sont en cours d'évaluation et devraient progressivement être transformées en mutuelles avec l'appui de l'UTM. La mutuelle de santé du CIDR dans le cadre des activités du groupement de femmes de Nyeta Mussow sera opérationnelle dans la ville de Mopti-Sévaré fin 2001.

Une étude pourrait être menée dans le cadre du projet pour monter de façon pilote un projet de financement alternatif des soins à partir de ressources naturelles telles que le cheptel, proposition qui a

reçu l'accord de principe du directeur de l'Elevage de la région de Mopti et pourrait concerner dans un premier temps les Peuls.

Recommandations

Appui de l'AFD à la création et au fonctionnement de l'antenne UTM à Mopti.

Conclusion

L'AFD pourrait financer un projet centré sur la qualité des soins appuyant le développement sanitaire des cercles de Youwarou, Douentza et Mopti, selon les axes d'analyse et de recommandations présentés ci-dessus. Notons que le cercle de Bandiagara devrait être appuyé par l'association *Médecins du monde*.

Les partenaires privilégiés de l'AFD sur la mise en oeuvre du projet seraient les autorités locales sanitaires et du développement social, mais aussi la FERASCOM, l'association SANTE SUD, l'UTM, le CIDR, MDM sur le cercle de Bandiagara, les organisations de femmes et la direction régionale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et les bailleurs de fonds présents dans la région dont le MAE, les organisations des Nations-Unies qui doivent développer sur le terrain leurs activités dans le domaine du genre dans la région de Mopti (PNUD et FNUAP) et les autres bailleurs intervenant dans le domaine du développement communautaire dont la Banque mondiale.

Le budget du projet proposé centré sur les cercles sur une période de 5 ans, s'élève à 5 millions d'Euros, non compris les frais d'équipement et de réhabilitation/construction d'infrastructures évalués en phase 1/A et 1/B de l'étude de faisabilité du projet d'appui de l'AFD au renforcement du système de santé de la région de Mopti.

Il est évident que ce projet peut apporter une réelle contribution à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité des services préventifs, promotionnels et curatifs pour les populations des cercles appuyés par l'AFD dans la région de Mopti. Mais c'est d'une évolution très profonde et très lente des mentalités concernant les relations entre les hommes et les femmes en zone rurale, et de la mise en place opérationnelle de mutuelles de santé, que dépend la pérennisation des actions entreprises à l'échelle de certains cercles, l'augmentation de la demande de soins modernes et de l'utilisation des services de soins, condition préalable, en l'absence d'un appui financier des communes, à l'autonomisation des ASACO.

Dr D. Kerouedan, juillet 2001