



*Coalition des Alternatives Africaines
Dette et Développement - Mali*

**ETUDE SUR « L'ETAT DES LIEUX DES
SAGES-FEMMES AU MALI » :
CAS DE LA REGION DE KOULIKORO**

Rapport Final

Janvier 2011



CAD-Mali Récépissé n°0656 // Tél./Fax : 20 24 01 34 // BP : 2521 Djélibougou Rue : 251 Porte : 370 - Bamako - Mali

E.mail : cadmali@afribonemali.net Bamako – MALI Site : www.cadmali.org

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ACRONYMES	4
INTRODUCTION	5
I. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	7
1.1 Contexte et justification	7
1.2 Objectifs de l'étude	8
1.3 Résultats attendus.....	8
1.4 Méthodologie.....	8
1.4.1 La Phase préparatoire :	9
1.4.2 La Phase de réalisation	9
1.4.3 La Phase de production du rapport et restitution	9
1.4.4 Zone de l'étude et les cibles	9
II. RESULTATS DE L'ETUDE	10
2.1 Brève présentation de la région de Koulikoro	10
2.2 Aperçu sur la politique de santé au Mali	11
2.3 Politique de formation des sages femmes au Mali	15
2.4 La situation de la santé dans la région de Koulikoro	16
2.4.1 La situation des structure socio sanitaires	16
2.4.2 La situation des agents de santé dans la région de Koulikoro	16
2.4.3 La situation des Sages femmes selon les aires de santé	17
2.4.4 Répartition des Sages femmes selon la population	20
2.4.5 Conditions de travail des sages femmes	20
2.4.6 Les causes des décès maternels dans la région de Koulikoro	21
<input type="checkbox"/> La rupture utérine et la pré rupture utérine:	21
<input type="checkbox"/> Le placenta praevia hémorragique:	21
<input type="checkbox"/> L'hématome retro-placentaire:	21
<input type="checkbox"/> Les hémorragies du post partum:.....	21
2.4.7 Quelques indicateurs de santé maternelle relevés par l'étude.....	22
2.4.8 Analyse budgétaire	23
III. LES CONSTATS ET ACTIONS A MENER POUR LE CHANGEMENT	24
3.1 Les constats	24
3.2 Les contraintes rencontrées	26
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	27
V. LE PLAN DE PLAIDOYER/LOBBYING ET DE MOBILISATION SOCIALE	27
5.1 Objectifs	27
<input type="checkbox"/> Objectif Général	27
<input type="checkbox"/> Objectifs spécifiques	28
5.2 Résultats	28
5.3 Les Cibles	28

REMERCIEMENTS

L'équipe de l'étude profite de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont rendu ce travail possible. Il s'agit :

- Des hommes et des femmes rencontrés, qui ont accepté de répondre aux questions, malgré leurs multiples occupations ;
- Des agents des structures socio sanitaires dans les différents cercles qui se sont prêtés aux différentes questions des enquêteurs ;
- Des élus dans les différentes zones ;
- Des agents des services techniques de l'état.

Qu'ils/elles trouvent à travers ces quelques lignes les remerciements sincères.

LISTE DES ACRONYMES

ASACO : Association de Santé Communautaire

BAC : Baccalauréat

CAD Mali : Coalition des Alternatives Africaines Dettes et Développement

CSB : Comité de Suivi à la Base

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DEF : Diplôme d'Etudes Fondamentales

EDS : Enquête Démographique et Santé

IB : Initiative de Bamako

IBP : International Budget Partnership

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

OF : Organisation Focale

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONSC/Santé : Observatoire National de la Société Civile sur la gestion des fonds alloués à la Santé

OSC : Organisation de la Société Civile

PDDSS : Plan Décennal de Développement des Services de Santé

PDSEC : Programme de Développement Economique Social et Culturel

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PMI : Prévention Maternelle et Infantile

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés

PSSP : Plan Sectoriel de Santé et de Populations

INTRODUCTION

La Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement (CAD Mali), est un mouvement populaire de défense des droits des peuples (du Mali, d'Afrique, et du Monde), de résistance au système néo libéral et aux effets pervers de l'économie de marché, de propositions d'alternatives pour la construction d'un monde juste et solidaire.

Elle s'est assignée comme mission, l'instauration d'une justice sociale et économique en faveur du développement au Mali, de l'Afrique et du Monde.

En poursuivant sa mission, elle s'est fixée comme objectifs :

- Exiger l'annulation totale et inconditionnelle de la dette publique extérieure des pays du Tiers Monde et la réparation des dommages causés ;
- Favoriser la participation active et efficace des mouvements populaires dans la gestion des fonds publics destinés aux droits fondamentaux des populations (santé, éducation, travail) ;
- Contribuer aux définitions de nouvelles stratégies et alternatives panafricaines de développement.

Mouvement social populaire de droit malien, la CAD-Mali est agréée par le gouvernement du Mali depuis mars 2001. Elle regroupe de nos jours plus de quatre vingt organisations membres composées d'organisations paysannes, de femmes, de jeunes, d'opérateurs économiques locaux, d'ONG, de syndicats, des confessions religieuses (Musulmanes et Chrétiennes) et des personnes engagées pour la cause des peuples.

La CAD-Mali est représentée à l'intérieur du Mali à travers huit (08) antennes régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et dans le district de Bamako.

Dans ses stratégies d'intervention, la CAD-Mali réalise des activités de plaidoyer et de dialogue politique aussi bien au niveau local, régional, national et international en s'appuyant sur les résultats d'études et d'analyses de terrain menées par elle-même ou par ses organisations membres.

C'est ainsi que depuis 2004, la CAD-Mali est en train de travailler sur les budgets de l'Etat et des Collectivités Territoriales. Dans ce cadre, elle a réalisé deux activités majeures : une étude d'impact sur la mise en œuvre du CSLP et un projet de plaidoyer/lobbying sur le suivi de l'utilisation des fonds PPTTE dans le secteur de la santé. S'agissant du projet de plaidoyer/lobbying, il a été réalisé en partenariat avec l'ONG suédoise Diakonia. Ledit projet a couvert en plus des six communes du district de Bamako, les communes urbaines de Koulikoro et de Kati.

Une des actions phares de ce projet a été la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation citoyen des actions de lutte contre la pauvreté appelé « Observatoire National de la Société Civile sur la gestion des fonds alloués à la santé (ONSC/Santé). Aussi les activités de renforcement de capacités en plaidoyer/lobbying et en suivi et analyse budgétaire réalisées par le projet, ont permis de mettre en place des Comités de Suivi à la Base (CSB) et des Organisations Focales (OF).

Un des problèmes majeurs identifiés dans le cadre des activités de l'observatoire, est la santé maternelle et infantile.

Pour mieux cerner ce problème relatif à la santé maternelle et infantile, la CAD-Mali en partenariat avec International Budget Partnership (IBP) a initié un projet dénommé : « Projet de Plaidoyer Budgétaire pour une réduction de la mortalité maternelle dans la région de Koulikoro ».

La pertinence de ce projet se confirme par le progrès timidement accompli en Afrique dans les objectifs 4 et 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015.

Etant entendu que les OMD ne s'attaquent qu'aux systèmes théoriques de la pauvreté, ce projet veut aller loin, en s'attaquant aux causes économiques et structurelles des problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile à travers l'angle de la transparence budgétaire et de la redevabilité (accountability).

L'objectif global du projet, est de Contribuer de façon significative à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro par l'affectation de sages-femmes et une amélioration du budget alloué à la santé.

Ainsi à travers ce projet, la CAD Mali s'attaque à l'épineuse question relative à l'inégale répartition des sages-femmes sur l'étendue du territoire national. Ce phénomène est l'un des facteurs expliquant le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro.

De ce qui précède et afin de mieux cerner la problématique de la mortalité maternelle et infantile, la CAD Mali consciente du rôle déterminant que jouent les sages-femmes dans la protection maternelle et infantile, s'est proposée de mener une étude sur « L'état des lieux des Sages-femmes et de leur répartition dans la région de Koulikoro », objet du présent appel à candidatures.

I. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par plusieurs facteurs défavorables, notamment :

- une faible couverture sanitaire et l'inégale répartition du personnel sur l'étendue du territoire ;
- un personnel sanitaire insuffisant et non qualifié pour offrir des services de qualité ;
- une insuffisance d'infrastructures et d'équipements ;
- un coût élevé des services par rapport au revenu moyen des populations.

Selon l'annuaire statistique 2008 de recensement de la population, sur une population estimée à 12 623 039 habitants, le ratio personnel sanitaire/habitants se présentait comme suit:

- 01 médecin pour 10 389 habitants ;
- 01 sage-femme pour 23 615 en 2007 (moyenne nationale) ;
- 01 infirmier pour 3 365 habitants en 2007.

Au même moment les normes indiquées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), se présentaient ainsi :

- 01 médecin pour 10 000 habitants ;
- 01 sage-femme pour 5 000 habitants ;
- 01 infirmier pour 5 000 habitants.

Aussi selon les statistiques de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS IV), le Mali affiche une mortalité maternelle très élevée (464 pour 100 000 naissances vivantes). Pour cette enquête une femme meurt en couche toutes les trois heures dans notre pays soit près de huit par jour.

Au même moment selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 96 pour 1000 naissances vivantes.

Ces faits contrastent avec le droit à la santé pourtant garanti par notre constitution et les différents instruments internationaux ratifiés par le Mali.

La faible couverture sanitaire et l'inégale répartition du personnel sur l'étendue du territoire qui caractérisent notre système sanitaire sont accentuées d'une part entre le district de Bamako et les régions, d'autre part entre les régions elles-mêmes.

C'est ainsi que dans la région de Koulikoro zone du projet, le ratio sage femme/habitants est de 01 sage-femme pour 38 841habitants, alors que la moyenne nationale est de 01 sage-femme pour 23 615 habitants.

Cet écart significatif est un des critères à partir duquel la région de Koulikoro a été classée dans la zone I suivant le découpage sanitaire au Mali. Cette zone composée des régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti et Ségou est la zone la plus pauvre.

Cet écart important interpelle aussi les organisations de la Société Civile (OSC) et les mouvements sociaux au devant desquels la CAD Mali, qui envisage à travers le présent projet, de contribuer à l'amélioration du nombre et d'une bonne répartition des sages-femmes dans la région de Koulikoro.

C'est dans cette dynamique, qu'il faut situer la présente étude qui permettra à la CAD Mali de produire un document et de concevoir un argumentaire de plaidoyer/lobbying pour la Société Civile dans son combat pour l'instauration d'un monde juste et solidaire.

1.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs assignés à l'étude sont :

- Analyser les budgets du gouvernement (département de la santé et de la région de Koulikoro) et des collectivités territoriales de la Région de Koulikoro (Assemblée Régionale, Conseils de Cercles/PDESC) pour établir la part du budget alloué à la santé en général, à la formation et au recrutement des sages-femmes en particulier;
- Etablir le lien entre le nombre, le niveau de qualification et de répartition des sages-femmes ainsi qu'au maintien du personnel existant et le taux de mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro;
- Disposer des données réalistes sur les incidences financières relativement à la formation et au recrutement de sages-femmes ;
- Proposer des axes de plaidoyer pour l'inscription des lignes de crédit ou leur amélioration quant à la formation, le recrutement des sages-femmes dans les budgets du gouvernement et des collectivités territoriales de la région de Koulikoro.

1.3 Résultats attendus

Les résultats attendus sont :

- Les causes essentielles de la mortalité maternelle et infantile sont identifiées et les liens établis entre le nombre de sages-femmes, leur niveau de qualification, et leur répartition dans la région de Koulikoro;
- Les parts des budgets allouées à la santé et particulièrement à la formation et aux traitements des sages-femmes dans la région de Koulikoro sont connues et appréciées;
- Les incidences financières de la formation et du recrutement de sages-femmes sont déterminées et des recommandations en termes d'axes de plaidoyer/lobbying sont proposées à la CAD Mali.

1.4 Méthodologie

L'étude vise de faire l'état des lieux des sages femmes dans la région de Koulikoro afin d'identifier des axes de plaidoyer pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

L'approche utilisée par le consultant s'est articulée autour de trois (3) phases qui sont :

- Une phase de préparation ;
- Une phase de collecte des données ;
- Une phase de production du rapport et sa validation.

1.4.1 La Phase préparatoire :

La phase préparatoire a consisté à rencontrer les responsables de la CAD Mali pour discuter des TdR, du programme et de la méthode de travail.

Cette rencontre a permis aux deux parties de faire une compréhension commune des TdR de l'étude, de discuter de la méthodologie et de valider le programme de travail.

Ensuite le consultant a élaboré les outils de collecte et d'analyse des données et a procédé à la formation des enquêteurs sur les différents outils au siège de la CAD Mali.

1.4.2 La Phase de réalisation

La collecte des données a eu lieu dans les différents cercles de la région de Koulikoro et dans le district de Bamako (le Ministère de la santé, le Ministère de la promotion de la femme, de l'Enfant et de la Famille, le Ministère du Développement Social, le Ministère de l'Economie et des Finances, l'Association des Sages femmes du Mali, l'Ordre des sages-femmes, et les écoles de formation des sages femmes etc.).

Un enquêteur formé s'est rendu dans chaque chef lieu de cercle afin de discuter avec les cibles identifiées.

Au niveau des chefs lieux de cercles, les informations ont été collectées auprès des élus, les Conseils de cercle, les agents de la santé et de l'administration.

La méthode de collecte utilisée a été la discussion en Focus Group Discussion (FGD) et les interviews structurées. Les outils utilisés sont : le guide de discussion et les fiches de synthèse.

1.4.3 La Phase de production du rapport et restitution

Le consultant a reçu l'ensemble des fiches de synthèse faites par les enquêteurs. En plus de ces fiches, le consultant a reçu l'ensemble des informations issues de l'administration des outils auprès des différentes cibles dans les zones respectives.

La synthèse de ces informations a permis de produire un draft de rapport soumis à l'appréciation de la CAD Mali.

Un atelier de restitution organisé par la CAD Mali a été un cadre de partage du contenu du rapport provisoire. Les suggestions et recommandations faites par les participants ont permis d'améliorer le contenu du document.

1.4.4 Zone de l'étude et les cibles

L'étude a été menée dans les sept (07) cercles de la région de Koulikoro au niveau :

- De la Direction régionale de la Santé ;
- De la Direction régionale du Budget ;
- De la Direction régionale de la Promotion de la femme de l'enfant et de la famille ;
- De la Direction régionale du Développement Social ;
- De l'Assemblée Régionale ;
- Des Conseils de Cercle ;
- Des bureaux communaux ;
- Des Associations de Centre de Santé Communautaire ;
- Et les écoles de formation des sages-femmes ;
- etc.

II. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1 Brève présentation de la région de Koulikoro

La région de Koulikoro est la deuxième région administrative du Mali. Elle s'étend sur une superficie de 90 120 km². Son chef-lieu est la ville de Koulikoro. La région de Koulikoro est limitée au nord par la Mauritanie, à l'ouest par la région de Kayes, au sud par la Guinée Conakry et la région de Sikasso et à l'est par la région de Ségou.

La région compte 2 418 305 habitants en 2009. La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 4 % entre 1998 et 2009. Le cercle de Kati a connu la plus forte augmentation de la population (+85 %) suivi par ceux de Dioïla et Nara (respectivement +48 % et +46 %). Les femmes représentent 50,4 % de la population. Différentes ethnies vivent dans la région : Bambaras, Malinkés, Sarakollés, Somonos, Maures, etc. La région de Koulikoro est le siège de plusieurs grands empires qui se sont succédé au Mali : empire du Ghana, royaume de Sosso, empire du Mali.

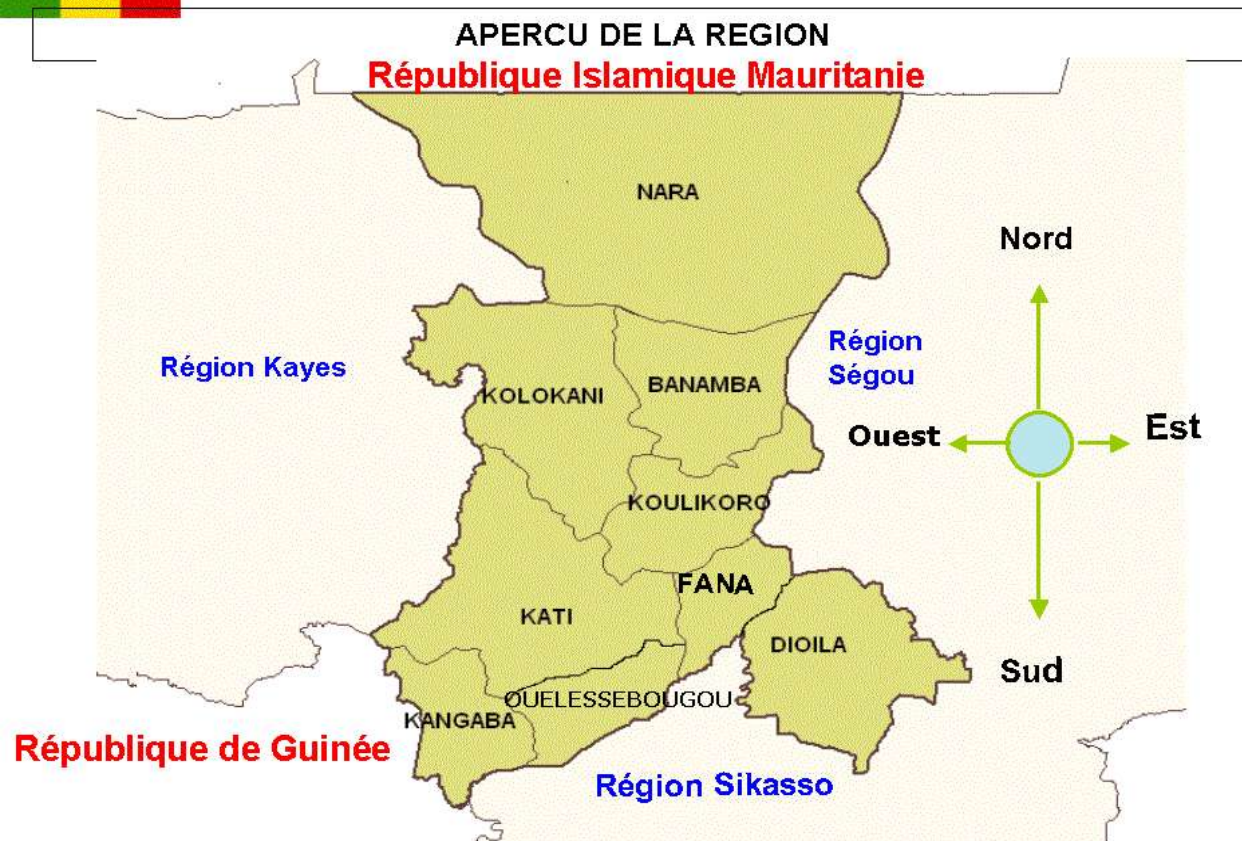
L'économie de la région repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage. Ces deux activités occupent plus de 80% de la population. L'élevage occupe une place importante dans l'économie surtout dans sa partie Nord.

La région est irriguée par plusieurs fleuves : le Niger, le Baoulé, le Sankarani, le Bagoé, le Bani et le Bafing. Au sud, le climat est de type soudanien. Au nord de l'axe Kita Bamako, il est sahélien

La région de Koulikoro est divisée en sept cercles Banamba, Dioïla, Kangaba, Kati, Kolokani, Koulikoro et Nara et regroupant cent huit (108) communes.

Capitale régionale de la 2ème région, la ville de Koulikoro est à 60 km de Bamako. Elle est reliée à Bamako par une route bitumée. Les distances entre Koulikoro la capitale régionale et les autres cercles de la région sont: Banamba 95 km, Dioïla 117 km par Gouni et 217 km par Bamako et Fana, Kangaba 155 km, Kati 74 km, Kolokani 124 km par Massantola et 199 km par Bamako, Nara 312 km par Boron et 444 km par Kolokani.

En matière de santé, chaque cercle est doté de dispensaire, maternité, Prévention Maternelle et Infantile (PMI), laboratoires, service social, service d'hygiène, etc.



2.2 Aperçu sur la politique de santé au Mali

Le système de santé malien résulte d'une longue évolution depuis l'indépendance du pays, qui a certes subi des influences extérieures (Conférences de l'OMS : Alma Ata, Initiative de Bamako, etc.), mais a connu un développement propre, en fonction des options politiques qui furent prises au cours du temps.

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement du Mali le 15 décembre 1990 est concrétisée dans le plan décennal de développement sanitaire et social (1998-2007) et mise en œuvre par le biais du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) dont la deuxième phase a été exécutée durant la période (2005-2009).

Elle se fonde, entre autres, sur le droit à la santé garanti par la Constitution. Cette politique a permis de créer les conditions d'une meilleure implication des communautés dans le système de santé, dans la définition et la résolution de leurs problèmes de santé. Ainsi avec la décentralisation, les compétences de l'Etat ont été transférées aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé.

L'adoption en 1990 par le gouvernement du Mali de la politique sectorielle de santé et de population constitue une étape majeure dans le développement sanitaire. L'objectif principal est la réalisation de la santé pour tous dans un horizon aussi rapproché que possible.

Les stratégies prioritaires comportent entre autres l'augmentation de la couverture sanitaire, le renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de santé, l'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels et la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la santé.

La stratégie de renforcement de la participation communautaire a favorisé l'émergence des ASACO. Celles-ci ont une forte responsabilité en matière de mobilisation des ressources et de gestion des CSCOM, afin d'améliorer les indicateurs de santé au niveau de l'aire de santé

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'Activités à savoir :

- gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- développer des activités de soins préventifs (Santé Maternelle et Infantile / Planning Familial / Vaccination, Education pour la Santé) ;
- initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ; et
- promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

Les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme de développement sanitaire sont le Centre de Santé communautaire (CSCOM), l'Association de Santé Communautaire (ASACO), les collectivités territoriales comme la commune et les ONG.

Une communauté désireuse d'obtenir un CSCOM doit d'abord former une ASACO et se constituer une aire de santé. Ensuite, l'ASACO crée un CSCOM conformément à la carte sanitaire et depuis 2002 sur autorisation du maire de la commune.

L'ASACO est autorisée à recruter et à payer du personnel, à gérer des ressources financières et à posséder des bâtiments.

L'ASACO définit les priorités d'allocation des ressources générées, mais ces décisions sont guidées par les conseils du chef de poste du CSCOM. L'adhésion à une ASACO est facultative et individuelle ou collective (village, fractions ou familles).

A sa création, une ASACO élit en assemblée générale les membres de son Conseil d'Administration et du comité de gestion chargé du suivi quotidien des activités du CSCOM. Le chef de poste du CSCOM est membre de droit du comité de gestion de l'ASACO. Les membres des organes de gestion de l'ASACO sont des personnes bénévoles. Les ASACO sont organisées en fédérations au niveau du cercle (FELASCOM), au niveau régional (FERASCOM) et au niveau national (FENASCOM) Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali.

La FENASCOM contribue à l'amélioration du fonctionnement des ASACO à travers ses démembrements.

Le CSCOM est la structure de premier contact de la population où existent des prestations de services de santé (le Paquet Minimum d'Activités). Il couvre une aire de santé qui compte un minimum de 5 000 habitants. Les critères de mise en place d'un CSCOM sont :

- une viabilité économique (autofinancement des activités) ;
- une distance maximale de 15 km entre tout village adhérent de l'aire et le site du CSCOM (accessibilité géographique).

Par rapport à la chaîne de services, les CSCOM réfèrent aux Centres de santé de référence (CS.Réf) qui assurent les soins du second niveau, tandis que les hôpitaux régionaux et nationaux leur servent de référence.

La commune délègue la gestion quotidienne du CSCOM à l'ASACO qui doit rendre compte de ses activités et résultats à la commune.

L'équipe cadre du CS.Réf reste responsable du suivi du CSCOM (tutelle technique) et la relation de référence dans la fourniture de services est maintenue ; en fait, le système déconcentré ne change pas, mais l'appui technique par l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) s'étend vers la commune.

Le principal changement pour la population (les usagers) est qu'en plus de l'ASACO, il y a désormais un autre acteur qui peut collaborer avec les services sanitaires pour améliorer la qualité et la couverture des soins sanitaires.

Figure 1 : Système de santé local avant le transfert de compétences

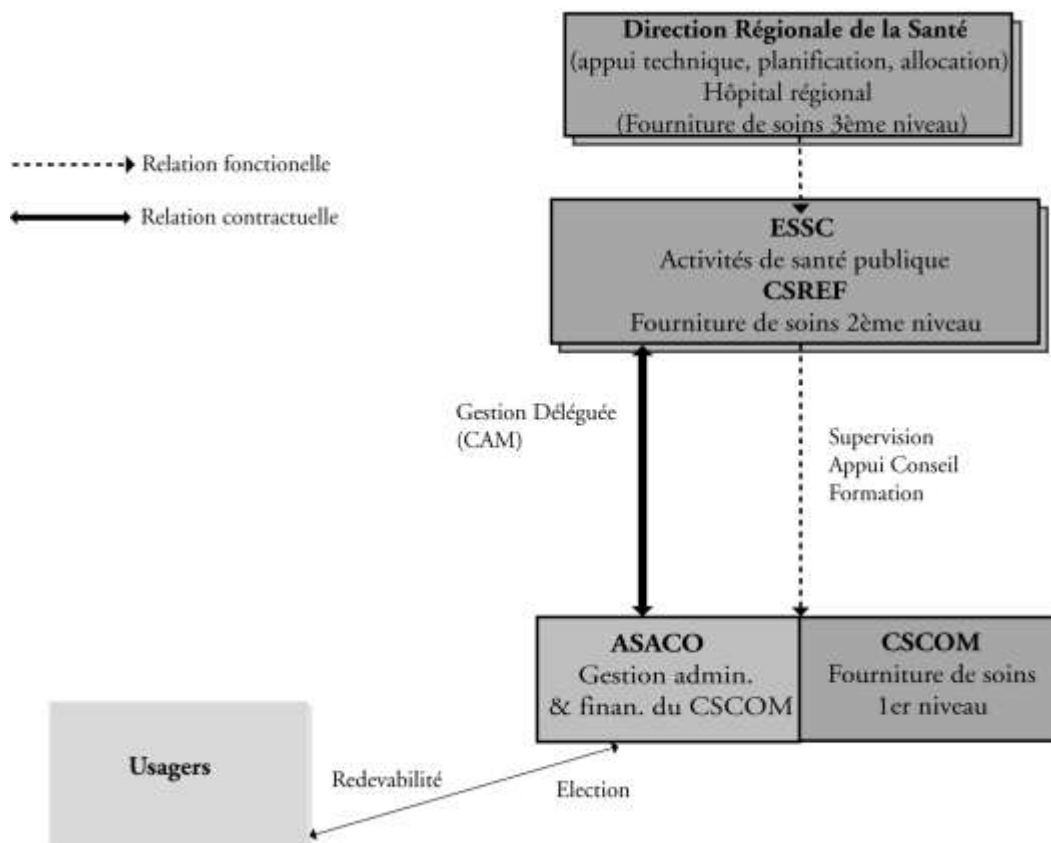
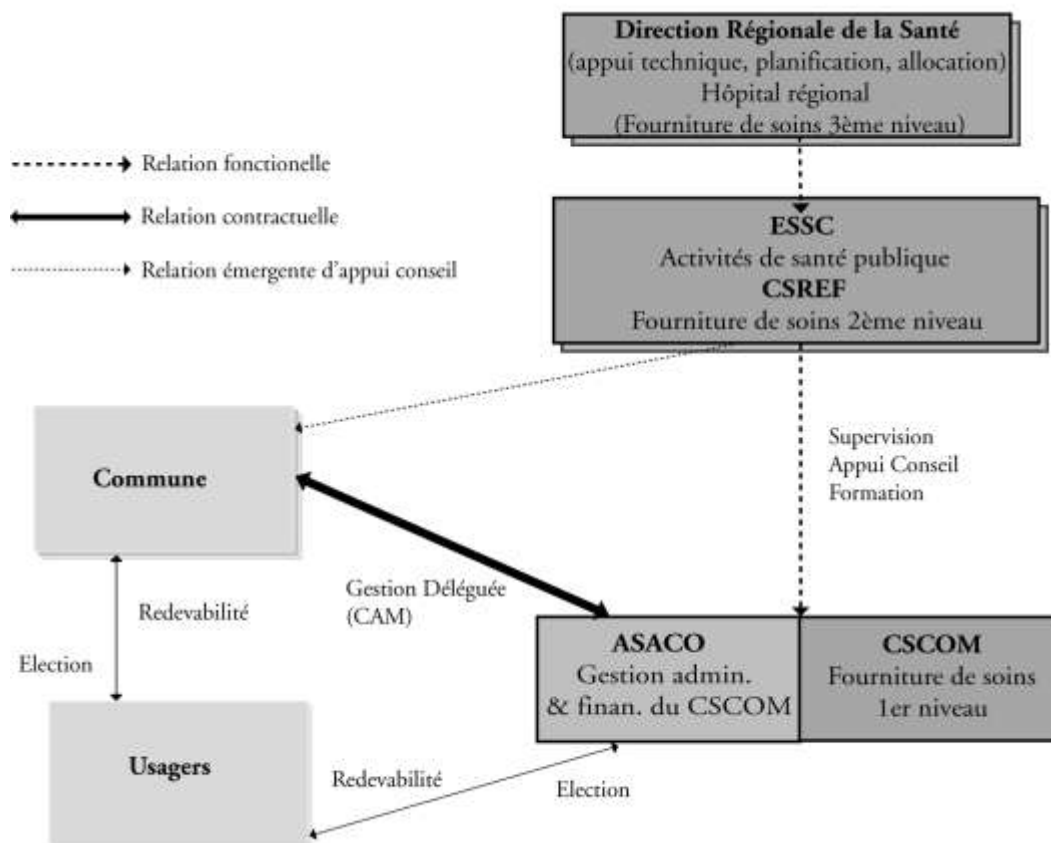


Figure 2 : Système de santé local après le transfert de compétences



2.3 Politique de formation des sages femmes au Mali

La politique nationale au Mali en matière de formation exige actuellement que les sages femmes aient le niveau BAC plus 3.

Sur le plan national c'est l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) qui élabore le programme de formation des sages femmes et qui délivre les diplômes. En plus de l'Institut, plusieurs écoles privées assurent aussi la formation des sages femmes.

La région de Koulikoro est assez pauvre en structure de formation des agents socio sanitaires. On dénombre une école à Koulikoro et une autre à Kati.

Le coût annuel de la formation au niveau de ces deux centres est plafonné à 300 000 FCFA. Selon les informations dont nous disposons le coût moyen de la formation au niveau de la structure étatique est estimé à moins de 200 000 FCFA.

La formation des sages femmes est axée sur la santé de façon générale (santé préventive et curative, la santé maternelle et infantile, la gestion des centres de santé, etc.). Au niveau des structures socio sanitaires, les sages femmes s'occupent principalement des activités de soins maternels et infantiles dans les domaines de:

- la santé préventive :
 - la sensibilisation des femmes sur les questions de santé maternelle et infantile ;
 - le suivi des grossesses ;
 - les activités prénatales ;
 - les activités post natales ;
 - le suivi nutritionnel des femmes et des enfants ;
 - les vaccinations ;
 - etc.
- les activités de santé curative :
 - les soins du nouveau né ;
 - les soins post mortem ;
 - etc.

Les agents formés à leur sortie, au niveau des structures socio sanitaires s'occupent de : les soins maternels et infantiles et les soins préventifs et curatifs.

Dans les districts sanitaires où l'enquête a été menée, les sages femmes ont bénéficié de plusieurs autres formations dans la vie professionnelle sur diverses thématiques. On peut citer entre autres :

- la santé maternelle et infantile ;
- le planning familial ;
- la malnutrition ;
- les soins obstétricaux ;
- la nutrition ;
- les politiques, normes et procédures de santé ;
- la prévention de la transmission du VIH mère enfants ;
- etc.

2.4 La situation de la santé dans la région de Koulikoro

2.4.1 La situation des structure socio sanitaires

La politique sectorielle de santé du Mali est bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CS.Réf). Les troisième et quatrième niveaux sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux.

Aujourd'hui, dans la région de Koulikoro, on compte deux Hôpitaux, neuf (09) Centres de Santé de Référence (CS.Réf) ou districts sanitaires, cent soixante cinq (165) Centres de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnels.

Tableau : 1 Structures socio sanitaires fonctionnelles de la région de Koulikoro

Districts sanitaires	Structures socio sanitaires fonctionnelles	
	CSREF	CSCOM
Dioïla	2	35
Kati	2	51
Koulikoro	1	16
Kangaba	1	11
Nara	1	16
Kolokani	1	20
Banamba	1	16
Total	9	165

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

Chaque cercle constitue un district sanitaire ou centre de santé de référence. Les cercles de Kati et Dioïla comptent chacun deux districts sanitaires (Kati et Ouélessébougou, Dioïla et fana). Chaque district sanitaire est composé de plusieurs aires de santé. Une aire de santé équivaut à un centre de santé communautaire (CSCOM).

La région de Koulikoro compte 2 418 305 habitants pour neuf (09) CS.Réf et cent soixante cinq (165) CSCOM. Le cercle de Kati a le plus grand nombre de centre de santé avec deux (02) CS.Réf et cinquante un (51) CSCOM pour une population de 948 128 habitants ; tandis que le cercle de Kangaba avec 100 720 habitants compte un (01) CS.Réf et onze (11) CSCOM. Ce qui fait une moyenne de 8 393 habitants par centre de santé dans le cercle de Kangaba et 17 889 habitants par centre de santé dans le cercle de Kati.

Ces chiffres montrent à suffisance que des efforts sont encore à faire en matière de santé dans la région de Koulikoro afin d'assurer une couverture sanitaire selon les indicateurs de santé de l'OMS.

2.4.2 La situation des agents de santé dans la région de Koulikoro

Le tableau ci-dessous fait ressortir la répartition des agents de santé par cercle.

Tableau 2 : Répartition du personnel sanitaire dans la région de Koulikoro

Cercles	Médecin	Obstétriqu	Assistants	sage	IDE	HA	Lab	Infirmi	Matrone	Aide	AT
---------	---------	------------	------------	------	-----	----	-----	---------	---------	------	----

	s	e	médicaux	femme			o	er		soign ant	santé
Dioïla	17	9	5	8	8	5	5	22	26	0	0
Kati	36	58	5	30	25	4	7	69	64	70	5
Koulikoro	15	8	8	11	5	1	3	15	17	9	2
Kangaba	8	4	2	2	12	1	1	13	1	8	0
Nara	9	7	1	4	13	2	2	14	19	16	0
Kolokani	9	2	3	4	5	2	2	15	34	24	1
Banamba	6	3	4	4	8	1	2	12	33	22	0
Total	111	92	28	66	74	16	23	162	194	149	8

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

La lecture du tableau montre que dans la région de Koulikoro, en termes de ressources humaines, les structures socio sanitaires sont fournies. On rencontre divers agents de santé, des médecins aux auxiliaires de santé. Ces agents sont capables de fournir le plateau technique indispensable pour assurer la couverture sanitaire selon les normes demandées en République du Mali.

En observant le tableau, nous voyons que certains cercles sont plus fournis en ressources humaines en matière de santé que d'autres. Cela dépend d'une part de la superficie du cercle, du nombre de structures socio sanitaires et d'autre part du nombre de la population et aussi des aires de santé.

En plus de ces données, il faut prendre en compte le dynamisme des responsables locaux en matière de négociation et de recherche des moyens pour assurer la santé des communautés dont ils ont la responsabilité.

La présence des médecins au niveau des CSCOM est beaucoup plus liée à la politique d'installation des jeunes de cette catégorie de cadre en milieu rural. Cette politique en soit est salutaire car elle permet de résoudre beaucoup de problèmes de santé au niveau des zones reculées du pays.

2.4.3 La situation des Sages femmes selon les aires de santé

Dans la région de Koulikoro, il y a sept (07) districts sanitaires correspondant aux sept (07) cercles. Sur les sept (07) districts sanitaires, on dénombre cent soixante cinq (165) CSCOM et neuf (09) Centres de Santé de Référence. Au niveau de ces structures socio sanitaires travaillent soixante six (66) sages femmes dont la répartition est mentionnée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Répartition des sages femmes par district sanitaire et par structure sanitaire dans la région de Koulikoro

Districts sanitaires	Structures socio sanitaires fonctionnelles		Nombre de sages femmes
	CSREF	CSCOM	
Dioïla	2	35	8
Kati	2	51	38
Koulikoro	1	16	15
Kangaba	1	11	2

Nara	1	16	3
Kolokani	1	20	4
Banamba	1	16	4
Total	9	165	66

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

Les soixante six (66) sages femmes sont réparties entre les centres de santé de références trente trois (33), les centres de santé communautaires trente un (31) et la direction régionale de la santé deux (02).

Sur les cent soixante cinq (165) aires de santé fonctionnelles seulement treize (13) disposent d'une (01) sage femme soit 7,87%. Ce qui veut dire que cent cinquante deux (152) aires de santé (92,12%) n'ont pas de sages femmes.

Dans la région de Koulikoro, les sages femmes fonctionnaires sont au nombre de quarante sept (47) soit 71,21% ; sur fonds PPTE elles sont au nombre de dix sept (17) soit 25,75% ; deux (02) sont prises en charge par les ASACO de Kalabancoro et de Faladiè soit 3,03%.

Le cercle de Kati est divisé en deux (02) districts sanitaires : celui de Kati et celui de Ouélessébougou. Les deux districts sanitaires comptent trente cinq (35) aires de santé fonctionnelles dont trente sept (37) dans le district sanitaire de Kati et quatorze(14) dans celui de Ouélessébougou. Le district sanitaire de Kati avec ses trente sept (37) centres de santé communautaire fonctionnels au moment de l'enquête compte trente quatre (34) sages femmes parmi lesquelles dix sept (17) travaillent dans dix (10) CSCOM. Ce qui veut dire que 27,02% des centres de santé communautaires du district sanitaire de Kati bénéficient chacun de la prestation d'au moins d'une (01) sage femme. Cet état de fait pourrait s'expliquer par sa proximité avec le district de Bamako.

Quant au district sanitaire de Ouélessébougou, il compte quatorze (14) CSCOM et quatre (04) sages femmes soit 6,06% parmi lesquelles trois (03) travaillent au niveau du CS.Réf et l'autre dans le CSCOM de Dialakoroba soit 1,51%.

Le district sanitaire de Koulikoro compte seize (16) aires de santé fonctionnelles, quatorze (14) sages femmes parmi lesquelles cinq (05) travaillent au niveau du CS.Réf, sept (07) dans les CSCOM et deux (02) à la Direction Régionale de la Santé.

Nous constatons que sur les 16 aires de santé fonctionnelles du district sanitaire de Koulikoro 07 CSCOM (soit 43,75%) bénéficient chacun de la prestation d'au moins d'une sage femme. L'analyse montre que district sanitaire de Koulikoro dispose de 21,21% des sages femmes de la région.

Le cercle de Dioïla a deux district sanitaires : Dioïla avec 03 sages femmes et Fana avec 05 sages femmes soit 12,12% des sages femmes de la région. Toutes les huit sages femmes travaillent dans les deux centres de références de Dioïla et de Fana.

Ce qui veut dire qu'il n'y a pas de sage femme dans les CSCOM au niveau de ces deux districts sanitaires.

Le district sanitaire de Kolokani avec 20 aires de santé fonctionnelles compte quatre (4) sages femmes soit 6,06% dont deux fonctionnaires et les deux autres sont au compte du fonds PPTÉ. Seule l'aire de santé de Ségué bénéficie de la prestation d'une sage femme payée sur fonds PPTÉ. Les trois autres travaillent au niveau du CS.Réf de Kolokani.

Dans le district sanitaire de Banamba, il y a quatre sages femmes qui sont toutes fonctionnaires. Elles sont réparties entre le CS.Réf qui a deux, les aires de santé de Banamba Ouest et celui de Kiban. Ce district sanitaire compte 16 aires de santé fonctionnelles dont seulement deux (02) disposent d'une sage femme.

Le district sanitaire de Nara a trois sages femmes dont deux travaillent au niveau du CS.Réf de Nara et l'autre au centre de santé communautaire de Ballé/Nara. Une seule aire de santé fonctionnelle sur seize (16) dispose d'une sage femme. Parmi ces sages femmes une seule est fonctionnaire et les deux autres sont sur fonds PPTÉ.

Quant au district sanitaire de Kangaba, il compte deux sages femmes. L'une est fonctionnaire, l'autre est au compte du fonds PPTÉ. Toutes les deux travaillent au niveau du CS.Réf de Kangaba. Dans ce district sanitaire aucune des onze aires de santé fonctionnelles ne dispose d'une sage femme.

Les districts sanitaires de Kati et Koulikoro sont les plus fournis en sages femmes avec respectivement 51,51% et 21,21% des 66 sages femmes que compte la région de Koulikoro. Ils sont suivis des districts sanitaires de fana avec 7,57%, Banamba et Kolokani ont le même le taux 6,06%, Dioïla et Nara ont le même le taux 4,54% ; le district sanitaire de Kangaba est le moins fourni avec un taux de 3,03%.

Nous constatons, qu'en dehors du district sanitaire de Kati où il y a une pléthore de sages femmes, il y a des écarts très importants entre les différents districts sanitaires.

Cette répartition inégale des sages femmes montre à suffisance le besoin d'assistance des femmes en âge de procréer et aussi des enfants. Elle peut être une des causes de la mortalité maternelle et infantile des femmes qui ne bénéficient pas de la prestation des services des sages femmes.

Dans les différentes circonscriptions administratives, sur les 66 sages femmes, seulement quatre (04) ont été identifiées avec des niveaux inférieurs à la norme nationale. Elles ont le niveau DEF plus 03 et sont sur les aires de santé de Kati, Nara et Koulikoro.

L'inégale répartition des ressources humaines indispensables pour le bon fonctionnement des structures de référence à une incidence certaine sur la nature des activités menées par les formations sanitaires. En effet les ratios de médecin et de sages femmes par rapport aux naissances attendues se caractérisent par des écarts souvent très importants entre les différents districts. Cet écart est souvent impressionnant dans le corps des sages femmes.

2.4.4 Répartition des Sages femmes selon la population

En tenant compte du résultat provisoire du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009, le ratio sage femme population pour la région de Koulikoro se présente comme suit. Voir tableau ci-dessous

Tableau : 4 Ratio sage femme population dans les districts sanitaires de la région de Koulikoro

Cercles	Nombre de population en 2009	Nombre de sage femmes	Ration sage femme population
Dioïla	491 210	8	61 401
Kati	948 128	30	31 604
Koulikoro	221 103	15	14 740
Kangaba	100 720	2	50 360
Nara	242 990	3	80 997
Kolokani	233 919	4	58 480
Banamba	190 235	4	47 559
Total	2 428 305	66	36 792

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

L'observation des chiffres du tableau montre que le nombre d'habitants par rapport au nombre de sages femmes est plus élevé dans le cercle de Nara et plus faible dans le cercle de Koulikoro.

Dans certains cercles comme Kolokani et Kati, les indicateurs sont appréciables bien que le nombre de personnes par rapport au nombre de sages femmes soit proche de du ratio national sage femme et population.

2.4.5 Conditions de travail des sages femmes

Les sages femmes rencontrées travaillent au niveau de deux entités à savoir les CSCOM et les CSREF. Pour ces activités, elles bénéficient d'un salaire mensuel. Le salaire est fonction de la localité, de la source de financement et des conditions de travail. Pour les sages femmes qui sont payées sur le budget national, le salaire est d'environ 116 770 FCFA. Celles qui sont contractuelles sur les fonds PPTE ont un salaire de 96 465 FCFA.

Pour les sages femmes qui travaillent au niveau des CSCOM, les salaires varient entre 80 000 FCFA à 120 000 FCFA.

En plus de ces salaires, les sages femmes bénéficient d'autres avantages comme les primes de motivation sur les accouchements (environ 1000 FCFA), le logement dans certaines localités, les tenues de travail.

Les sages femmes rencontrées dans la majorité se font confiance pour les activités d'accouchement. Elles affirment être capables de mener seule cette activité dans les conditions normales de santé.

Aussi les médecins en tant que les supérieurs leur font confiance pour les activités d'accouchement. Ils pensent dans la majorité des cas que les sages femmes peuvent dans les conditions normales mener seules l'activité d'accouchement.

En cas de complication dans le cadre de l'accouchement, appel est fait aux médecins pour la prise en charge de la femme sur place ou son évacuation sur le Centre de Référence.

2.4.6 Les causes des décès maternels dans la région de Koulikoro

L'accouchement, l'acte de mettre au monde un enfant, peut subitement devenir une tragédie s'il se termine par un décès maternel ou fœtal. Les complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche constituent la première cause de mortalité maternelle. Ces décès sont dus à des causes directes: l'hémorragie, l'infection, l'éclampsie, le travail obstrué, l'avortement à risque. A ceux-ci peuvent s'ajouter le paludisme et l'anémie.

Certaines causes identifiées par les acteurs rencontrés sont :

❖ La rupture utérine et la pré rupture utérine¹:

Ce sont des solutions de continuité complètes ou incomplètes de la paroi de l'utérus grévide, dues à l'existence d'un facteur de fragilisation et/ou d'une tension excessive exercée sur cette paroi.

Dans les pays en développement et particulièrement ceux d'Afrique sub-saharienne, l'accident de rupture utérine est fréquent et représente une complication obstétricale de gravité extrême du travail d'accouchement. Plusieurs facteurs de risques sont décrits à ce phénomène.

❖ Le placenta praevia hémorragique²:

On dit qu'un placenta est praevia lors qu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Lorsque les villosités choriales s'attachent sur la muqueuse de l'isthme ou recouvrent l'orifice interne du canal cervical, les modifications dynamiques qui conduisent à la maturation puis à la dilatation du col peuvent provoquer un décollement partiel du placenta qui se manifestera par une hémorragie.

❖ L'hématome retro-placentaire³:

L'hématome retro-placentaire de par sa brutalité et la sévérité de ses conséquences représente l'une des urgences obstétricales les plus typiques. Malgré les nombreux progrès diagnostiques et thérapeutiques, il reste encore un accident imprévisible ou de diagnostic difficile dans les formes frustes

❖ Les hémorragies du post partum⁴:

La définition classique désigne une perte sanguine supérieure à 500 ml lors de l'accouchement par voie basse et supérieure à 1000 ml lors d'une césarienne.

Dans la région de Koulikoro les femmes meurent d'Hémorragie, de complication HTA, de rupture utérine, d'infection sévère, d'anémie.

¹ Etude des besoins obstétricaux non couverts dans la région de Koulikoro (thèse présentée et soutenue publiquement le 08/03/2003 devant la faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie par Diakaridia Traoré)

² Ibid

³ Ibid

Ces causes développent des signes que seuls la sage femme et le médecin peuvent détecter avant et pendant l'accouchement. La présence des sages femmes dans les structures socio sanitaires est capitale pour la prise en compte de ces problèmes avant et après l'accouchement. Son travail au niveau de l'équipe de santé au niveau des centres de santé permet de prévenir ces causes et aussi de trouver des solutions idoines dès le problème est posé. Ce qui permet de sauver des vies humaines.

2.4.7 Quelques indicateurs de santé maternelle relevés par l'étude

Les indicateurs sociaux en matière de santé tel que le nombre d'accouchement normal, le nombre d'accouchement pathologique, le nombre de décès des femmes et des enfants lors de l'accouchement ou après accouchement sont mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau : 5 Quelques indicateurs de santé maternel de la région de Koulikoro

Districts sanitaires	Nombre de sages femmes	Nombre d'accouchement normal	Nombre d'accouchement pathologique	Nombre de décès maternel	Nombre de décès d'enfant de 0 à 5 ans
Dioïla	8	109	1	5	5
Kati	30	229	18	0	0
Koulikoro	15	50	3	3	3
Kangaba	2	50	6	3	3
Nara	3	39	4	1	1
Kolokani	4	82	2	1	1
Banamba	4	75	7	2	2
Total	66	634	41	15	15

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

Les informations dans le tableau ci-dessus sont issues de la consultation des documents au niveau des chefs lieux de cercles et ne peuvent pas être obligatoirement la réalité de toute la circonscription administrative. Elles permettent cependant de se faire une idée sur la situation des indicateurs de santé dans les zones respectives.

Les cercles de Dioïla et Kangaba ont les nombres de décès d'enfant les plus élevés 5 cas enregistrés. Ces cas sont dénombrés dans les chefs lieux de cercle où on compte deux sages femmes respectivement dans chaque localité.

La ville de Banamba a le plus faible nombre de décès d'enfants mais elle compte trois sages femmes.

Le nombre de décès de femme par suite d'accouchement est de 05 cas à Dioïla. Ce nombre est de 01cas à Nara et Kolokani.

Dioïla, compte 05 cas de décès de femmes avec 08 sages femmes tandis qu'à Nara et Kolokani, il est de 01 cas avec respectivement trois (03) et quatre (04) sages femmes.

Cette situation montre aisément que le nombre de femmes décédées par suite d'accouchement n'est pas forcément lié à la présence des sages femmes.

D'autres paramètres doivent être alors pris en compte pour justifier les indicateurs de santé maternelle. Il s'agit entre autres de :

- la fréquentation régulière des centres de santé par les femmes à l'âge de procréer et en état de grossesse ;
- l'insuffisance de revenu des populations et surtout les femmes;
- les distances des villages par rapport au centre de santé ;
- le niveau de sensibilisation et d'information des populations cibles par rapport aux activités de santé maternelle et infantile.

Selon les agents de santé rencontrés, d'autres facteurs doivent être pris en compte comme :

- la distance des villages par rapport aux centres de santé ;
- la malnutrition des femmes pendant la période de la grossesse ;
- le faible suivi prénatal ;
- les durs travaux des femmes en état de grossesse.

Cependant, il faut reconnaître aisément que la présence d'une sage femme au niveau d'un centre de santé est capitale pour les activités pré et post natales.

2.4.8 Analyse budgétaire

L'analyse des budgets des collectivités territoriales alloués à la santé permet de constater qu'il n'existe pas de ligne spécifique réservée à la formation et au recrutement des sages femmes. Cependant, il permet de voir le montant alloué par la collectivité à la santé. Ce montant est constitué du budget d'investissement et de fonctionnement.

Dans le budget régional, le montant affecté à la santé est de 1 518 500 000 FCFA. Dans ce budget, l'estimation budgétaire pour la formation est de quatre vingt millions (80 000 000 FCFA) soit 5,25%.

Sur ce montant seulement 30 000 000 FCFA concernent les activités des sages femmes soit environ 2%.

La situation des ressources financières affectées à la santé est mentionnée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Ressources financières affectées à la santé

Cercle	Budget global PDSEC	Budget alloué à la santé	% par rapport au budget global
Dioïla	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXXXXX
Kati	1 576 670 000	64 750 000	4,10
Koulikoro	15 544 700 000	1 518 500 000	10
Kangaba	XXXXXXXXXXXX	280 000 000	XXXXXXXXXXXX
Nara	952 903 000	320 227 000	34
Kolokani	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX
Banamba	809 005 000	27 000 000	3,33
Commune urbaine de Koulikoro	1 211 280 000	70 410 000	10

Source : enquête CAD Mali Décembre 2010

L'étude a pu identifier les allocations budgétaires au niveau des cercles de Kati, Koulikoro, Nara et Banamba. En plus de ces allocations, le budget national du ministère de la santé a été analysé.

En plus du budget du cercle de Koulikoro, le budget de l'assemblée régionale de Koulikoro a fait l'objet d'une analyse. L'étude s'est surtout focalisée sur ce budget de l'Assemblée Régionale qui prend en compte l'ensemble des sept cercles de la région avec un taux de 10% pour la santé.

En observant ce budget, nous voyons que l'accent est surtout mis sur les aspects de construction et d'équipement en défaveur du renforcement des capacités des agents.

Ce qui veut dire que des efforts sont à faire dans le cadre de l'allocation des fonds à la santé en vue d'une amélioration des prestations données par les agents. Une démarcation n'est pas faite entre les sages femmes et les autres personnels dans le cadre de l'allocation budgétaire pour la formation.

De plus en plus, avec la décentralisation les élus dans leur budget apportent des ressources substantielles aux structures socio sanitaires. Ces ressources concernent surtout les équipements, l'entretien des bâtiments, les salaires d'une partie du personnel.

L'Etat aussi, à travers le fonds PPTTE assure la prise en charge d'une partie du personnel socio sanitaire dans certaines localités. D'autres agents sont directement sur le budget national.

De grands efforts sont à faire dans le cadre de la mobilisation des ressources financières et leur affectation à la formation du personnel socio sanitaire en général et des sages femmes en particulier.

III. LES CONSTATS ET ACTIONS A MENER POUR LE CHANGEMENT

3.1 Les constats

La santé est une activité d'une importance capitale dans la vie des humains. L'étude a montré que les ressources affectées à la santé dans la région de Koulikoro sont faibles de façon générale et spécifiquement celles consacrées à la formation du personnel socio sanitaire.

Les résultats de l'étude font ressortir aisément une inégale répartition des sages femmes dans les districts sanitaires dans la région de Koulikoro. Les zones rurales sont les moins nantis alors que dans les zones urbaine et péri urbaines, il y a une concentration de ces agents.

Les sages femmes étant un maillon essentiel dans le dispositif sanitaire surtout par rapport à la santé de la mère de l'enfant, il y a un besoin crucial de trouver un moyen d'harmonisation de leur présence sur l'ensemble des districts sanitaires.

Des efforts sont à faire dans le domaine de la mobilisation et de l'affectation des ressources financières à la santé. Dans le contexte de la décentralisation, les communautés ont une grande responsabilité à jouer car ce sont les élus qui affectent les ressources aux différents postes budgétaires. Les élus étant choisis par les populations, elles ont la possibilité de les influencer pour que des ressources plus conséquentes soient affectées à la promotion de la santé.

En plus de cet état de fait, selon les acteurs rencontrés, d'autres paramètres doivent être aussi pris en compte dans la région de Koulikoro. Il s'agit entre autres :

- la fréquentation régulière des centres de santé par les femmes à l'âge de procréer et en état de grossesse ;
- les coûts de prestation en matière de santé ;
- les distances des villages par rapport au centre de santé ;
- le niveau de sensibilisation et d'information des populations cibles par rapport aux activités de santé maternelle et infantile.

Pour permettre aux populations de jouer ce rôle, deux pistes peuvent être efflorées. Ces deux pistes doivent permettre aux communautés d'influencer la mobilisation des ressources financières et leur affectation conséquente à la santé. Il s'agit de faire des actions de mobilisation sociale ou le lobbying/plaidoyer.

3.1.1 La mobilisation sociale

- **La mobilisation** désigne une coordination des activités des membres d'un groupe souhaitant défendre ses intérêts. Il s'agit pour le groupe d'associer ses capacités et son énergie à celles d'autres personnes en vue d'obtenir un résultat positif.
- **La mobilisation sociale** peut être considérée comme une prise de conscience d'un problème dans la sphère publique et l'action qui en découle, à savoir l'organisation d'une stratégie afin d'agir face à ce problème.

Une telle mobilisation a pour but de changer une situation sociale, en un sens favorable au groupe, selon ses valeurs et ses motivations.

Dans ce cadre la mobilisation sociale doit être suscitée par la CAD Mali sans pour autant être l'instigatrice. Elle doit former les leaders communautaires à faire ce travail qui doit être les leurs.

3.1.2 Plaidoyer

- **Un plaidoyer** est un exposé argumenté et convaincu en faveur d'une personne, d'une idée ou d'une institution. C'est la défense d'une cause, d'une opinion, d'un intérêt ou d'une politique. Le plaidoyer est un ensemble d'actions cohérentes menées pour convaincre ou influencer un ou des décideurs en vue d'obtenir un changement dans l'intérêt d'une communauté.
- **Le plaidoyer** est une action menée par un groupe de personnes, ce groupe pouvant être nombreux et disparate dans sa composition. Plus la population qui soutient le plaidoyer est importante, plus celui-ci a de chances d'aboutir. Le

plaidoyer est une action qui se fait au grand jour, et même qui cherche à faire parler d'elle. La direction vers laquelle le plaidoyer veut infléchir une action politique n'est pas secrète mais au contraire identifiée et connue de tous.

Le plaidoyer doit suivre la même logique sauf que dans ce cas, la CAD Mali pourra être plus visible.

3.1.3 Le lobbying

- **Le lobbying** est l'activité menée par un lobby, c'est-à-dire un groupe de pression.
- **Le lobbying** consiste donc en la pression exercée par certains groupes sociaux ou professionnels auprès des décideurs politiques ou des médias dans le but de défendre une cause ou des intérêts particuliers, ou d'influer sur l'opinion publique. Plaidoyer et lobbying ont le même but, et sont finalement deux activités assez proches, cependant, on peut les distinguer dans la méthode employée.
- **Le lobbying utilise** le système politique en place et tente d'influer le processus décisionnel. Le lobbying n'est pas un travail de masse; il se fait le plus généralement silencieusement, dans les coulisses des lieux de décisions, par des petites équipes qui savent s'adapter aux opportunités offertes par le système en place.

Concernant le lobbying, le groupe de lobbies qui sera mis en place doit être constitué des leaders communautaires en majorité.

La détermination des actions à mener est capitale pour l'atteinte des résultats recherchés. En plus, cela doit prendre en compte la disponibilité des ressources financières et des acteurs qui seront impliqués dans les actions à mener.

Ce qui est primordial, c'est la participation des communautés aux différentes activités à mener pour faciliter le changement.

3.2 Les contraintes rencontrées

Les différentes contraintes identifiées sont :

- le faible taux d'allocation budgétaire à la santé dans tous les cercles;
- l'insuffisance de ressources financières pour l'élaboration des PDESC dans certains cercles ;
- l'insuffisance de ressources financières affectées à la formation du personnel socio sanitaire de façon générale ;
- les difficultés de mobilisation des ressources financières internes pour le fonctionnement des structures socio sanitaires ;
- l'intervention des responsables pour que les sages femmes affectées à la région restent à Bamako ou à Kati;
- l'instabilité du personnel sage femme;
- le refus ou la réticence des sages femmes de travailler dans les CSCOM surtout dans les zones difficiles.

IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude s'est déroulée dans de bonnes conditions de travail. Les résultats obtenus permettent de comprendre la situation de la santé dans la région de Koulikoro par rapport à la mobilisation et l'affectation des ressources financières au volet santé, à la formation du personnel de santé (surtout les sages femmes) et à certains indicateurs.

Ces résultats montrent à suffisance que le volet santé dans la région de Koulikoro nécessite qu'une attention particulière lui soit accordée.

Il reste dans la pratique de trouver les voies et moyens pour faire face à ces difficultés afin d'améliorer davantage la santé des populations.

Pour cela nous recommandons :

- Organiser et réaliser des activités de mobilisation sociale ou de plaidoyer lobbying en faveur de l'affectation de plus de ressources financières à la formation du personnel socio sanitaire de façon générale et des sages femmes en particulier.
- Sensibiliser les autorités compétentes par rapport au recrutement du personnel additif au compte des centres de santé dans les différentes zones surtout les zones les plus éloignées en vue de respecter les normes de l'OMS et la moyenne du Mali (une sage femme pour 5 000 habitants et 23 615 en 2007 moyenne nationale).
- Instaurer le dialogue avec les responsables communaux pour le respect des textes et l'affectation des sages femmes dans les zones éloignées.
- Organiser des sessions de formation continue et de recyclage des sages femmes dans les différentes circonscriptions administratives.
- Améliorer les conditions de travail des sages femmes afin de les motiver davantage surtout dans les zones difficiles (logement pour les sages femmes).
- Trouver des mécanismes pour le maintien des sages femmes dans les zones d'affectation.
- Diligenter le transfert des ressources en matière de santé.

V. LE PLAN DE PLAIDOYER/LOBBYING ET DE MOBILISATION SOCIALE

5.1 Objectifs

- **Objectif Général**

Les différents acteurs intervenants dans le cadre de la sante dans la région de Koulikoro sont convenu d'une approche commune de plaidoyer afin d'aboutir à une répartition des sages femmes sur les différentes aires de santé.

- **Objectifs spécifiques**

- Renforcer les capacités institutionnelle et organisationnelle des Organisations de la Société Civiles afin qu'elles puissent mener des activités efficaces dans le cadre du plaidoyer pour une meilleure répartition des sages femmes sur les aires de santé;
- Persuader les autorités communales à mettre plus de ressources pour le recrutement et la formation des sages femmes dans leur PDSEC;

5.2 Résultats

Résultats objectifs 1

- Les OCB sont renforcées sur le plan institutionnel et organisationnel pour mener des activités de plaidoyer/lobbying et de mobilisation sociale

Résultats objectifs 2

- les décideurs communautaires et communaux inscrivent le recrutement et la formation des sages femmes dans leur PDSEC

5.3 Les Cibles

- Les OSC
- Leaders religieux
- Les autorités villageoises (chefs de village et leurs conseillers, les chefs coutumiers)
- Les agents de santé
- Le Conseil communal
- Le Bureau communal
- Les services techniques
- Les ONG partenaires

Problème identifié	Propositions d'actions	Cibles	Stratégies
Le faible taux d'allocation budgétaire à la santé dans tous les cercles	<ul style="list-style-type: none"> - Concertations, - Ateliers d'échanges ; - Mise en place de groupes de pression ; - Signature et application de la convention de l'assistance mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat, - Collectivités, - PTF, - OSC - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer lobbying ; - Mobilisation sociale
L'insuffisance des ressources financières et humaines pour l'élaboration des PDSEC dans certains cercles	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités ressources humaines, - Emission radio, - Concertations avec les leaders d'opinions, - Organisation d'espaces d'interpellations communales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat, - Collectivités, - PTF, - OSC - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer lobbying ; - Mobilisation sociale
L'insuffisance de ressources financières affectées à la formation du personnel socio sanitaire de façon générale	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert effectif des ressources nécessaires aux collectivités ; - Allocation des ressources propre des collectivités à la formation continue ; - Augmenter le budget alloué à la formation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collectivités, - PTF, - OSC ; - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation sociale ; - Plaidoyer
Difficulté de mobilisation des ressources financières internes pour le fonctionnement des structures socio sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation pour la fréquentation des centres de santé ; - Fourniture des prestations de qualités des services de santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat, - Collectivités, - PTF, - OSC - les ASACO 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation sociale

	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue régulière des instances de l'ASACO ; - L'organisation des ateliers de formation continue 		
L'intervention des responsables pour que les sages femmes affectées à la région restent à Bamako ou à Kati.	<ul style="list-style-type: none"> - Concertations - Sensibilisation 	L'Etat, collectivités, Association des sages femmes du Mali	- Plaidoyer lobbying
L'instabilité du personnel sage femme	<ul style="list-style-type: none"> - Concertations ; - Amélioration des conditions de vie et travail dans les zones respectives ; - Motivation. 	L'Etat, collectivités, Association des sages femmes Mali, l'Ordre des sages femmes, PTF, OSC	- Plaidoyer lobbying
La réticence des sages femmes de travailler dans les CSCOM surtout dans les zones difficiles	<ul style="list-style-type: none"> - Concertations ; - Amélioration des conditions de vie et de travail ; - Motivation. 	L'Etat, collectivités, Association des sages femmes du Mali, l'Ordre des sages femmes, PTF, OSC	- Plaidoyer lobbying

ANNEXES



Coalition des Alternatives Africaines
Dette et Développement - Mali

TERMES DE REFERENCE

Recrutement d'un consultant pour l'étude sur « l'état des lieux des sages-femmes au Mali » : cas de la Région de Koulikoro

Octobre 2010

INTRODUCTION

La Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement (CAD Mali), est un mouvement populaire de défense des droits des peuples (du Mali, d'Afrique, et du Monde) ; de résistance au système néo libéral et aux effets pervers de l'économie de marché ; de propositions d'alternatives pour la construction d'un monde juste et solidaire.

Elle s'est assignée comme mission, l'instauration d'une justice sociale et économique en faveur du développement au Mali, de l'Afrique et du Monde. En poursuivant sa mission, elle s'est fixée comme objectifs :

- Exiger l'annulation totale et inconditionnelle de la dette publique extérieure des pays du Tiers Monde et la réparation des dommages causés ;
- Favoriser la participation active et efficace des mouvements populaires dans la gestion des fonds publics destinés aux droits fondamentaux des populations (santé, éducation, travail) ;
- Contribuer aux définitions de nouvelles stratégies et alternatives panafricaines de développement.

Mouvement social populaire de droit malien, la CAD-Mali est agréée par le gouvernement du Mali depuis mars 2001. Elle regroupe de nos jours plus de quatre vingt (80) organisations membres composées d'organisations paysannes, de femmes, de jeunes, d'opérateurs économiques locaux, d'ONG, de syndicats, des confessions religieuses (Musulmanes et Chrétiennes) et des personnes engagées pour la cause des peuples.

La CAD-Mali est représentée à l'intérieur du Mali à travers huit (08) antennes régionales (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) et le District de Bamako.

Dans ses stratégies d'intervention, la CAD-Mali réalise des activités de plaidoyer et de dialogue politique aussi bien au niveau local, régional, national et international en s'appuyant sur les résultats d'études et d'analyses de terrain menées par elle-même ou par ses organisations membres.

C'est ainsi que depuis 2004, la CAD-Mali est entrain de travailler sur les budgets de l'Etat et des Collectivités territoriales. Dans ce cadre, elle a réalisé deux activités majeures : une étude d'impact sur la mise en œuvre du CSLP et un projet de plaidoyer/lobbying sur le suivi de l'utilisation des fonds PPTTE dans le secteur de la santé. S'agissant du projet de plaidoyer/lobbying, il a été réalisé en partenariat avec l'ONG suédoise Diakonia. Ledit projet a couvert en plus des six communes du district de Bamako, les communes urbaines de Koulikoro et de Kati. Une des actions phares de ce projet a été la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation citoyen des actions de lutte contre la pauvreté appelé « Observatoire National de la Société Civile sur la gestion des fonds alloués à la santé (ONSC/Santé). Aussi les activités de renforcement de capacités en plaidoyer/lobbying et en suivi et analyse budgétaire réalisées par le projet, ont permis de mettre en place des Comités de Suivi à la Base (CSB) et des Organisations Focales (OF).

Un des problèmes majeurs identifiés dans le cadre des activités de l'observatoire, est la santé maternelle et infantile.

Pour mieux cerner ce problème relatif à la santé maternelle et infantile, la CAD-Mali en partenariat avec International Budget Partnership (IBP) a initié un projet dénommé : « Projet de Plaidoyer Budgétaire pour une réduction de la mortalité maternelle dans la région de Koulikoro ».

La pertinence de ce projet se confirme par le progrès timidement accompli en Afrique dans les objectifs 4 et 5 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. Etant entendu que les OMD ne s'attaquent qu'aux systèmes théoriques de la pauvreté, ce projet veut aller loin, en s'attaquant aux causes économiques et structurelles des problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile à travers l'angle de la transparence budgétaire et de la redevabilité (accountability).

L'objectif global du projet, est de Contribuer de façon significative à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro par l'affectation de sages-femmes et une amélioration du budget alloué à la santé.

Ainsi à travers ce projet, la CAD Mali s'attaque à l'épineuse question relative à l'inégale répartition des sages-femmes sur l'étendue du territoire national. Ce phénomène est l'un des facteurs expliquant le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro.

De ce qui précède et afin de mieux cerner la problématique de la mortalité maternelle et infantile, la CAD Mali consciente du rôle déterminant que jouent les sages-femmes dans la protection maternelle et infantile, se propose de mener une étude sur « L'état des lieux des Sages-femmes et de leur répartition dans la région de Koulikoro », objet du présent appel à candidatures.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La situation sanitaire au Mali est caractérisée par plusieurs facteurs défavorables, notamment :

- une faible couverture sanitaire et l'inégale répartition du personnel sur l'étendue du territoire ;
- un personnel sanitaire insuffisant et mal qualifié pour offrir des services de qualité ;
- une insuffisance d'infrastructures et d'équipements ;
- un coût élevé des services par rapport au revenu moyen des populations.

Selon l'annuaire statistique 2008 de recensement de la population, sur une population estimée à 12 623 039 habitants, le ratio personnel sanitaire/habitants se présentait comme suit:

- 01 médecin pour 10 389 habitants
- 01 sage-femme pour 23 615 en 2007 (moyenne nationale)
- 01 infirmier pour 3 365 habitants en 2007

Au même moment les normes indiquées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), se présentaient ainsi :

- 01 médecin pour 10 000 habitants ;
- 01 sage-femme pour 5 000 habitants ;

- 01 infirmier pour 5 000 habitants.

Aussi selon les statistiques de l'Enquête démographique et de santé (EDS IV), le Mali affiche une mortalité maternelle très élevée (464 pour 100 000 naissances vivantes). P cette enquête une femme meurt en couche toutes les trois heures dans notre pays soit près de huit par jour.

Au même moment selon la même source, le taux de mortalité infantile est de 96 pour 1000 naissances vivantes.

Ces faits contrastent avec le droit à la santé pourtant garanti par notre constitution et les différents instruments internationaux ratifiés par le Mali.

La faible couverture sanitaire et l'inégale répartition du personnel sur l'étendue du territoire qui caractérise notre système sanitaire, est accentuée d'une part entre le district de Bamako et les régions, d'autre part entre les régions elles mêmes.

C'est ainsi que dans la région de Koulikoro zone du projet, le ratio sage/habitants est de 01 sage-femme pour 38 841habitants, alors que la moyenne nationale est de 01 sage-femme est de 23 615 habitants.

Cet écart significatif est un des critères à partir duquel la région de Koulikoro a été classée dans la zone I suivant le découpage sanitaire au Mali. Cette zone composée des régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti et Ségou est la zone la plus pauvre.

Cet écart important interpelle aussi les organisations de la Société Civile (OSCs) et les mouvements sociaux au devant desquels la CAD Mali, qui envisage à travers le présent projet, de contribuer à l'amélioration du nombre et d'une bonne répartition des sages-femmes dans la région de Koulikoro.

C'est dans cette dynamique, qu'il faut situer la présente étude qui permettra à la CAD Mali de produire un document et concevoir un argumentaire de plaidoyer/lobbying pour la Société Civile dans son combat pour l'instauration d'un monde juste et solidaire.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Analyser les budgets du gouvernement (département de la santé et de la région de Koulikoro) et des collectivités territoriales de la Région de Koulikoro (Assemblée Régionale, Conseils de Cercles/PDSEC) pour établir la part du budget alloué à la santé en général, à la formation et au recrutement des sages-femmes en particulier;
2. Etablir le lien entre le nombre, le niveau de qualification et de répartition des sages-femmes ainsi qu'au maintien du personnel existant et le taux de mortalité maternelle et infantile dans la région de Koulikoro;
3. Disposer des données réalistes sur les incidences financières relativement à la formation et au recrutement de sages-femmes ;
4. Proposer des axes de plaidoyer pour l'inscription des lignes de crédit ou leur amélioration quant à la formation, le recrutement des sages-femmes dans les

budgets du gouvernement et des collectivités territoriales de la région de Koulikoro.

3. Résultats attendus

1. Les causes essentielles de la mortalité maternelle et infantile sont identifiées et les liens établis entre le nombre de sages-femmes, leur niveau de qualification, et leur répartition dans la région de Koulikoro;
2. Les parts des budgets allouées à la santé et particulièrement à la formation et aux traitements des sages-femmes dans la région de Koulikoro sont connues et appréciées;
3. Les incidences financières de la formation et du recrutement de sages-femmes sont déterminées et des recommandations en termes d'axes de plaidoyer/lobbying sont proposées à la CAD Mali.

4. LE CHAMP DE L'ETUDE :

L'étude couvrira :

- Le district de Bamako (Ministère de la santé, Ministère de la promotion de la femme, de l'Enfant et de la Famille, Ministère du Développement social, Ministère de l'Economie et des Finances, services centraux et Association des Sages femmes du Mali, l'Ordre des sages-femmes, les Associations de Centre de Santé Communautaire, les écoles de formation des sages femmes etc....)
- La région de Koulikoro (Directions régionales de la Santé, du Budget, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et du Développement social, l'Assemblée Régionale et les Conseils de Cercle, les Associations de Centre de Santé Communautaire, les écoles de formation des sages-femmes à Bamako et à Koulikoro etc...).

5. LE CONSULTANT

5.1. Qualification et profil de formation

Le Consultant doit être une personne physique ou morale, titulaire d'un diplôme Bac +4 ou plus (en sciences sociales, statistiques, gestion macro économique et analyse des politiques économiques ou sociales ou tout autre domaine similaire).

5.2. Expérience professionnelle

Le consultant doit disposer d'une expérience de travail d'au moins cinq (05) ans avec des organisations de la société civile (au plan national, régional ou international) avec une connaissance approfondie des questions budgétaires et d'analyse de politiques.

Une forte capacité rédactionnelle et d'analyse s'impose en vue de permettre une plus grande clarté des informations, qui seront issues de l'étude.

Une expérience de travail de recherche dans le domaine des questions sanitaires en rapport avec le budget est un atout.

5.3. Exigences

Le candidat doit soumettre à la CAD Mali :

- Une offre technique comprenant le curriculum vitae (CV) du consultant, sa compréhension des présents termes de référence, une proposition de méthodologie ainsi qu'un plan de travail et une proposition d'outils à développer pour conduire l'étude ;
- Une offre financière pour la réalisation de l'étude.

5.4. Mandat du Consultant

Au terme de l'étude qui durera environ vingt (20) jours, le consultant doit :

- Présenter à la CAD Mali un rapport provisoire de l'étude,
- Animer un atelier de validation des résultats de l'étude,
- Produire un rapport final définitif.

6. DATE DE DEPOT DES OFFRES

Les offres de candidature sont adressées à Monsieur le Président de la CAD Mali sous plis fermés avec la mention « **Dossier de Candidature pour la Réalisation de l'Etude sur l'état des sages femmes et leur répartition au Mali – Cas de la région de Koulikoro** » au plus tard le **03 novembre 2010 à 16h00**, au siège de la CAD-Mali sise à Djélibougou Rue : 251 Porte : 370 sur la route passant devant la Radio Kayira. **Tel/Fax : + 223 20 24 01 34, BP 2521 Bamako-Mali.**

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

LOCALITE : KATI

Prénoms	Noms	Fonctions
Dr Tènè	KARAMBE	Directrice

CSCOM DE SANANFARA

Prénoms	Noms	Fonctions
Mr Hélizé Therra	COULIBALY	Médecin Chef
Mme KONARE Djénéba	BOUARE	Infirmière
Mme Fanta	DIARRA	Matrone

CSCOM DE MALIBOUGOU

Prénom	Noms	Fonctions
Dr Boubacar	CISSE	Médecin Chef
Korotoumou	THIERO	Sage Femme

CS.Réf de Kati

Prénom	Nom	Fonctions
Hamed	BABA	Médecin Chef Adjoint
Mohamed	DAFAGA	Comptable
Hamidou	BALLO	Chef de SIS (Système Information Sanitaire)
Mme TRAORE Bollo	TOURE	Maitresse des Sages Femmes

CSCOM DE COCO

Prénoms	Noms	Fonctions
Bintou	COULIBALY	Infirmière
Setou	COULIBALY	Matrone
Assan	COULIBALY	matrone
Aminata	SINGARE	Infirmière Adjointe

Mairie de Kati et Conseil de Cercle de Kati

Prénoms	Noms	Fonctions
Mme DOUMBIA Oumou Bocar	SOUCKO M'BAKO	Maire Adjt chargé de santé et d'assainissement Secrétaire Général

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : Koulikoro

Mairie de la commune urbaine de Koulikoro

Prénoms	Noms	Fonctions
Gouanty	TRAORE	1er adjoint maire
CISSE Nankoria	KEITA	Présidente commission santé
Yacouba	KONATE	
Oumar	DIA	Conseiller
Amadou	GUINDO	
Zoumana	BAGAYOKO	
Kaly BAGAYOKO	BAGAYOKO	Secrétaire Général
SAMAKE Alimata	COUMARE	conseillère

Le Conseil de Cercle de Koulikoro

Prénoms	Noms	Fonctions
Diakariyao :	MANGARA	Président du conseil de cercle
Sékouba	COULIBALY	1er Vice Président
Mamoudou	SIDIBE :	Secrétaire général
Oumar	DICKO :	Régisseur des dépenses
Oumar	DIA	2ème Vice Président

Le CSCOM de Kôlébougou

Prénoms	Noms	Fonctions
Dr Issa	MALE	Médecin
Assan	COULIBALY	Matrone
Natou	Verouley	Matrone
Mariam	COULIBALY	Matrone
Marthe	SAMAKE	Infirmière obstétricienne

La Maternité de la Gare

Prénoms	Noms	Fonctions
Dr Issa	MALE	Médecin
Assitan dite Oumou	SINAYOKO	Infirmière obstétricienne est responsable du centre
Assan	GUINDO	Matrone
SIDIBE Fatoumata	KANE.	Matrone

Le CSCOM de Koulikoroba

Prénoms	Noms	Fonctions
Ousmane	DIARRA	Médecin et Directeur technique
Nabou	TRAORE	Infirmière
Mariam	MAIGA	comptable

Le CS.Réf de Koulikoro

Prénoms	Noms	Fonctions
Mamadou Désiré Mary	KEITA :	Médecin et gynécologue Obstétricien
Modibo	SISSOKO	Gestionnaire
Saïdou	GUINDO	Médecin Chirurgien

Les sages femmes du CS.Réf de Koulikoro

Prénoms	Noms	Fonctions
Madame TRORE Oumou	KONATE	Sage femme maîtresse
Mariam	SOW	Sage femme
Madame SIDIBE Assitan	DRAME :	Infirmière obstétricienne

La sage femme du CSCOM de Kôlébougou

Prénoms	Noms	Fonctions
Madame CISSE Souko	COULIBALY	Sage femme

La sage femme du CSCOM de Koulikoroba

Prénoms	Noms	Fonctions
Madame MAIGA Oumou	SANOGO	Sage femme

La maternité rurale de Katibougou

Prénoms	Noms	Fonctions
Madame DJIRE Fanta	Hami	Sage femme et responsable de la maternité
Madame KEITA Fatoumata	DIARRA	matrone

La Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES)

Prénoms	Noms	Fonctions
Kassoum	KONE	Chef de division promotion communautaire

Le service local du développement social et de l'économie solidaire de Koulikoro.

Prénoms	Noms	Fonctions
Boubacar	TOURE	Chef de service
Soumaïla	TIGANA	Chargé de programmes

La Direction Régionale de la Santé de Koulikoro

Prénoms	Noms	Fonctions
Seydou	GUINDO	Directeur régional de la santé
Ousmane	DEMBELE	Chef du personnel

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : Dioïla

Prénoms	Noms	Fonctions
Alou	DIRRA	Commandant de cercle
Walli Sillamakan	SISSOKO	Sous préfet
Mme Sangaré Mariam	TOGOLA	Vice présidente au conseil de cercle
Monsieur Adama	TANGARA	Président au conseil de cercle
Korotoumou	DOUMBIA	Sage femme
Mohamed		Médecin du CSCOM
	BAGAYOKO	Médecin chef du CSREF
	DIAKITE	Chef de service du développement sociale
Oumar	BAH	Adjoint au maire de Dioïla

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : Banamba

Le Centre de santé de référence de Banamba		
Prénoms	Noms	Titres
Aminata	Konaré	Matrone
Sanata	Samaké	Inf. Obstétricienne
Rose	Diarra	Inf. Santé publique
Karim	Samaké	Inf. d'Etat
Sidi	Niaré	Médecin

Mairie de la commune urbaine de Banamba		
Prénoms	Noms	Titres
Mahamadou	Sidibé	1 ^{er} Adjoint au maire

Soumana	Kantako	2 ^{er} Adjoint au maire
Bréhima	Sacko	Secrétaire général

CSCOM de Banamba Ouest		
Prénoms	Noms	Titres
Drissa	Coulibaly	Médecin
Zeynabou	Diop	Infirmière

CSCOM de Banamba Centre		
Prénom	Nom	Titre
Mamadou	Diallo	Médecin

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : Kolokani

Service : CS Réf, CSCOM, Conseil de cercle, développement social.

Prénoms	Noms	Fonctions
Demba	Diarra	Médecin chef CS.Réf
Konimba	Coulibaly	Obstétricienne CS.Réf
Chaka	Koné	Comptable CS.Réf
Douyon		Assistant médical CS.Réf
Diadji diafing	Diarra	Président conseil de cercle et ASACO
Mariam	Diarra	Sage femme CSCOM
Adiaratou	Koita	Infirmière obstétricienne CSCOM
Cheick Abba	Fomba	Directeur service social

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : NARA

Centre de Santé de Référence

Prénoms	Noms	Fonctions
Georges	Dacko	Médecin Chef
AWA	Sangaré	Sage femme
Mamadou	Diarra	Gestionnaire comptable du centre.

Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire

Prénoms	Noms	Fonctions
Tinzanga	Koné	Chef de service.

CSCOM DE NARA

Prénoms	Noms	Fonctions
Nampouzanga	Dembelé	Chef de poste médical
Mme SANGARE Fatoumata	Traoré	Matrone, Chef de la maternité
Mariam	Coulibaly	Matrone, Adjointe
Mohamed	Samaké	Président du comité de gestion du CSCOM

Administration

Prénoms	Noms	Fonctions
Abou	Diarra	Adjoint du préfet
Ousmane	Diarra	Sous préfet de Nara
Moussa	Konaté	Régisseur
Yorodjan	Sidibé	Secrétaire
Jean	Dougnon	Secrétaire
Chaka	Coulibaly	Secrétaire
Adama	Konaré:	Stagiaire APEJ.

CONSEIL DE CERCLE DE NARA

Prénoms	Noms	Fonctions
Boubacar Ouéka	Boly	Président
Mamadou Diatrou	Konté	Secrétaire général.

MAIRIE DE NARA

Prénoms	Noms	Fonctions
Lassana	Coulibaly	1er Adjoint au Maire
Djamsari	Keita	2ème Adjoint
Lassana	Keïta	Secrétaire General
Boubacar Sidiki	Kamissoko	Régisseur
Mme Keïta ASSA	Coulibaly	Secrétaire

PERCEPTION DE NARA

Prénoms	Noms	Fonctions
Mamadou	Sangaré	Percepteur

LISTE DE PERSONNES RENCONTREES

Localité : Kangaba

Prénoms	Noms	Fonctions
---------	------	-----------

Zoumana	YOSSI	Préfet adjoint
Amadou	TANGARA	Médecin chef CS.Réf
Fatoumata	BALLO	Sage femme
Oumar	COULIBALY	Comptable
Mariétou	KANTE	Chef du centre CSCOM
Kadiatou	CAMARA	Matrone
Bakary	KEITA	Président conseil de cercle
N'Zié	SINAYOGO	2é adjoint du maire
Mahamadou	KEITA	Secrétaire général de la mairie
Drissa	MAGASSOUBA	Chef du service de Développement Social et de l'Economie Solidaire