

**MISE EN PLACE DE SERVICES DE SANTE ADAPTES AUX BESOINS DES SOCIÉTÉS PASTORALES :
ENJEUX ET ENSEIGNEMENTS**

Marc Chapon, Agronomes et Vétérinaires sans frontières, Mali, m.chapon@avsf.org

Résumé

Le système mobile de santé mixte (santé humaine et vétérinaire) présenté ici est mis en place depuis 2005 sur le Nord de la Région de Tombouctou au Mali. Se déplaçant de campement en campement, ce service assure le paquet minimum d'activité. La mobilité du système permet de s'adapter aux mouvements des populations en fonction des périodes de l'année et selon les événements climatiques et/ou sécuritaires. Ce système est plus adapté que les postes fixes tant d'un point de vue de perception de la part de la population (porte d'entrée élevage) que d'un point de vue technique (prévention des épidémies, épidémio-surveillance, information et formation des populations). Ce service ne peut répondre à des cas lourds (chirurgie) et doit se reposer sur des structures fixes (référencement, approvisionnement, etc.). Les équipes mobiles interviennent dans des zones non couvertes par d'autres structures publiques ou privées. L'Association de Santé Communautaire mise en place est la seule reconnue officiellement gérant à la fois un service mobile et un service mixte. Toutefois, comme la quasi-totalité des structures de santé publique au Mali, le système de santé mixte mobile doit être subventionné pour une poursuite du service.

Mots clés : Santé, pastoralisme, Mali, Tombouctou, one health, mobilité

Abstract

The mixed health mobile system (for human and animal health) presented here is in place since 2005 in the Northern Region of Timbuktu in Mali. Moving from camp to camp, this service ensures minimum activity package. The mobility of the system can be adapted to the movement of people depending on time of year and climatic and/or security events. This system is more suitable than fixed health centers for the population needs (livestock considered as a gateway to human health) as well as from a technical point of view (epidemic prevention, epidemiological surveillance, training information for populations). This service cannot satisfy serious cases (surgery) and must rely on fixed structures (i.e. treatment of serious malnutrition, supplies, etc.). Mobile teams work in areas not covered by other public or private structures. The Community Health Association that is implemented is the only officially recognized institution by the Malian government, managing both a mobile and a mixed service. However, as almost all public health facilities in Mali, the mixed health mobile system should be subsidized to keep on operating.

La problématique d'accès aux soins de santé en milieu pastoral au Nord-Mali, au-delà de la bande de 50 km au Nord du fleuve :

Le système de santé au Mali repose, du niveau local au niveau national, sur la mise en place de centres de santé communautaires (CSCOM) au niveau communal, sur des centres de santé de référence (CSRéf) au niveau cercle, puis sur les hôpitaux régionaux et enfin les hôpitaux nationaux. Pour chaque niveau, il y a une organisation communautaire qui assure la gestion (par exemple au niveau des CESCO, il s'agit des ASACO¹) et les collectivités sont impliquées. La supervision technique est assurée par l'échelon de santé supérieur. Ainsi les CSCOM sont supervisés par les CSRéf. Le taux de couverture sur la frange fluviale au Nord-Mali est bon mais en revanche peu de structures sont fonctionnelles en zone pastorale, au-delà de 50 km du fleuve Niger.

Depuis 2004, AVSF développe au Nord de Tombouctou et Gao la mise en place d'équipes mobiles de santé mixte humaine et vétérinaire. Au Nord-Mali, peu de centres de santé sont disponibles en dehors des chefs-lieux de communes, et lorsqu'ils existent, ont peu de moyens pour réaliser des sorties. Ainsi ce n'est que lors d'opérations nationales telles que les journées de vaccination, où des moyens supplémentaires sont disponibles, que la zone pastorale est couverte et encore pas totalement.

La population étant très dispersée (densité de 0,5 hab/km²), les coûts d'intervention sont élevés. Les services publics sont peu enclins à intervenir car les zones pastorales sont soumises fréquemment à des phénomènes d'insécurité. De même, les privés ne s'installent pas sur ces zones car cela demande une logistique importante (4x4, chaîne de froid à pétrole) et la très grande majorité de la population n'a pas la capacité de payer ce type d'intervention (déplacement + traitement). Ainsi, seules les familles nanties ont accès à la santé et peuvent assurer des référencements en cas d'urgence. La location d'un véhicule + carburant + mobilisation d'un personnel de santé revient à environ 300 euros (200.000 FCFA) par déplacement sanitaire dans notre zone d'intervention.

Des appuis de différents projets pour l'installation de privés (santé humaine et santé vétérinaire) ou la mise en place de postes fixes par l'État n'ont pas été pérennisés du fait du faible niveau d'utilisation du service car pendant une bonne partie de l'année, la population se déplace.

Pour les trois régions du Nord du Mali, on ne peut pas parler d'effectivité de la privatisation des services vétérinaires. Peu de vétérinaires privés sont installés et lorsqu'ils existent, ils n'obtiennent qu'un faible revenu (les interventions se limitent aux campagnes de vaccination et à la vente de médicaments). En conséquence, peu de diplômés souhaitent s'installer dans ces régions préférant rester au Sud, en périphérie de grandes villes.

Ainsi entre 2004 et 2011, AVSF a assuré la mise en œuvre d'une équipe mobile. En 2004, il s'agit d'une étude en partenariat avec Médecins Sans Frontières Luxembourg. L'étude a été achevée en partenariat avec le Centre de Santé de Référence de Tombouctou qui est devenu partenaire privilégié pour le développement du service avec le service régional vétérinaire. Pendant cinq ans, il a été organisé un comité de pilotage regroupant les principaux leaders de la zone d'intervention, les directions régionales et locales des services techniques, l'Assemblée Régionale, le Conseil de Cercle et les deux mairies puisque la première équipe couvrait deux communes. Cela a permis de construire le système, de rapprocher les points de vue et les attentes, parfois différents, des acteurs. Ainsi a été créé en 2011, un syndicat intercommunal ayant pour vocation de mobiliser les fonds communaux et d'être un interlocuteur des services techniques et de l'ASACO.

Avec la situation d'urgence et la mobilisation de fonds supplémentaires en 2012, il a été possible d'ajouter deux équipes mobiles supplémentaires. Le financement est assuré par la région Rhône Alpes, la Coopération suisse, l'Union Européenne et l'UNICEF². Le dispositif mobile s'appuie sur un véhicule avec un médecin, une infirmière obstétricienne, un technicien d'élevage, un guide facilitateur issu des communautés et un chauffeur.

¹ ASACO : Association de santé communautaire.

² La région Rhône Alpes depuis la phase d'étude en 2004 à aujourd'hui ; la Coopération suisse pendant 2 ans, l'Union Européenne (au travers de la ligne de financement sécurité alimentaire), puis ECHO en 2012 et 2013 ; et l'UNICEF à partir de mi 2012.

La mise en œuvre de terrain est réalisée en partenariat avec l'ADESAH (Association de Développement Endogène au Sahel) depuis 2008. La zone couverte représente environ 40.000 km² pour une population de 30.000 personnes environ (+ 5.000 déplacés maliens environ sur 2012-2013).

Il a été créé une ASACO reconnue officiellement et adhérente de la faitière régionale des ASACO. Il s'agit de la seule ASACO au Mali basée sur un service mobile et mixte (santé humaine et animale). La reconnaissance officielle permet de s'assurer de la supervision technique de l'État et de pouvoir bénéficier des programmes nationaux de gratuité. Le système respecte les standards nationaux, tant en santé humaine que vétérinaire notamment en termes de services (paquet minimum d'activités comprenant prophylaxie, curatif, campagne de sensibilisation, référencement). Le rapportage utilise les canevas de rapport de l'État afin d'intégrer les données d'activités dans les statistiques. La politique de recouvrement des coûts est assurée conformément à la politique nationale de tarification tant en santé humaine que vétérinaire. Toutefois avec la crise 2012, la gratuité du service et des produits a été de mise (directive nationale pour les trois régions du Nord-Mali).

L'ASACO est constituée des représentants des différents groupes et lignages présents dans la zone. La détermination des sites visités par les équipes mobiles est fixée tous les quatre mois environ sur la base de vingt jours de tournée de terrain maximum par équipe mobile réparties en deux sorties afin de pouvoir renouveler les pharmacies et laisser un peu de repos pour les équipes. En effet, les conditions de travail sont très difficiles pour des agents ne provenant pas forcément de ces zones.

Le concept développé : « one health – une seule santé »

Regrouper santé humaine et animale peut être considéré dans le cadre du concept « une seule santé » mais peut être approfondi. L'idée de travailler sur le principe d'une seule santé répond à l'absence de service sur les zones pastorales nord et une forte proximité et dépendance homme-animal.

Ainsi les actions de déparasitage concernent aussi bien les hommes que les animaux. Des tests ont aussi été réalisés sur la brucellose et la tuberculose (deux zoonoses). De même l'épidémiologie-surveillance concerne aussi bien les populations que les troupeaux.

Si le mari ou la femme (zone essentiellement monogame) tombe malade, il se pose tout de suite le problème de l'exhaure de l'eau (tâche de l'homme) pour le besoin de la famille et du troupeau ou le problème de l'entretien des jeunes animaux et de la traite (tâche assurée par la femme et les enfants). Ainsi pour les familles pauvres et très pauvres (50% des familles de la zone d'intervention) ne pouvant faire appel à des bergers par manque de moyens, il se pose rapidement le problème de survie du troupeau et cela a un impact sur les produits transformés pour l'autoconsommation ou la vente. En général, l'entraide permet d'assurer l'exhaure de l'eau mais n'intervient pas sur la transformation des produits animaux. De même, si une pathologie survient dans la famille ou le troupeau, le réflexe est de ne faire appel à des tiers que si la situation empire. Cela se constate encore parfois malgré la présence fréquente des équipes mobiles, même si les temps d'information se sont très fortement réduits.

Il a été formé sur chaque site, deux individus référents en santé (généralement des femmes) et également deux référents en santé animale (généralement des hommes). Ces référents appuient les équipes mobiles sur la détection de cas de pathologie (malnutrition infantile, animaux en mauvais état sanitaire). Ces référents choisis par les communautés interviennent bénévolement.

Les enjeux portent sur le risque de poches de maladies à potentiel épidémique présentes dans ces zones sans qu'il y ait de contrôle et qui ensuite se répandent sur l'ensemble du pays et des pays voisins, entraînant des coûts de prise en charge largement supérieurs aux coûts du service mobile.

Analyse critique et enseignements utiles pour les politiques publiques de santé humaine et animale en milieu saharo-sahélien

Ce type d'intervention permet de fournir un service de santé à l'ensemble de la population en réalisant certaines économies d'échelle. Les taux de consultation, de vaccination et de traitement curatif sont plus importants en termes de couverture que les postes fixes en zone pastorale existant dans la région de Tombouctou, tant en santé humaine qu'en santé vétérinaire.

Certaines activités ont été appropriées par les populations seulement après une période d'acceptation. Par exemple, il a fallu près de 6 mois pour effectuer les premières consultations prénatales. Par

ailleurs, l'épidémie de rougeole a été détectée très tôt en 2009 sur la zone pastorale par l'équipe mobile. La campagne de vaccination a été réalisée sur notre zone d'intervention et tandis que le nombre de personnes touchées augmentait sur le reste de la région qui n'était pas couverte, il n'y a plus eu aucun cas sur la zone d'intervention en dehors du premier cas identifié.

De même, en santé vétérinaire, l'utilisation de produits de contrefaçon par les éleveurs était récurrente au départ et donc le vétérinaire avait peu d'activité. Cela est aussi vrai pour la pharmacie humaine car l'on retrouve souvent des médicaments d'origine douteuse en zone pastorale et l'automédication est la règle de base. Cette utilisation de produits douteux a été significativement réduite, même si l'on continue à en trouver.

Dans ce type de service, au démarrage, il a été essentiel que le personnel fasse un maximum de séances d'explications, de formations de base, d'informations afin de faciliter le travail, même si le besoin immédiat en termes d'actions curatives est important et que le personnel a plus tendance à aller vers ce type de réponse. Ainsi, il y avait des réticences à la vaccination en santé humaine sur certains campements qui ont été levés suite à la réalisation de vaccinations sur les sites favorables qui ont été suivies d'échanges-visites et d'interventions de personnes ressources locales pour convaincre tous les chefs de famille de l'intérêt de cette action. Actuellement les vaccinations et les consultations prénatales sont réalisées sur tous les sites et campements. Il ne s'agit donc pas ici de se limiter seulement à des objectifs en termes de chiffres, mais aussi d'éduquer la population.

Le coût d'une équipe mobile revient à environ 30.000 euros par an (salaire, fonctionnement, amortissement véhicule et matériel). Par ailleurs, il est nécessaire de pratiquer des salaires supérieurs ou ajouter des primes afin de compenser la dureté des conditions de travail et assurer une pérennité du personnel des équipes et éviter le *turn-over*. Cela permet à des médecins, infirmiers et techniciens d'élevage de connaître des réalités de pratiques différentes de celles auxquelles ils étaient habituellement confrontés. Cela donne aussi au personnel une capacité de proposition notamment lors des rencontres du comité de pilotage et de l'ASACO qui leur apporte une certaine reconnaissance de la part des populations mais aussi des services techniques.

Pour réduire le nombre de référencements en santé humaine, il est important d'avoir un plateau technique élevé (au moins un médecin ou infirmier d'État expérimenté par équipe). Les référencements modifient les jours de passage, entraînent des coûts importants et immobilisent l'équipe.

Afin de pouvoir offrir le service à un plus grand nombre, il est nécessaire aussi de pouvoir maintenir des dates de passage fixes par site sur une durée de 3 mois minimum. Cela permet d'assurer les rappels de vaccination et par ailleurs à des personnes habitant dans des campements périphériques de pouvoir venir. Le ciblage des marchés est aussi important car, outre le fait de toucher beaucoup de personnes, cela permet de faire passer des messages de sensibilisation.

L'implication de la chefferie locale, lorsque l'on intervient dans ce type de zone, est primordiale à la fois pour des questions de sécurité, d'acceptation du service dans le milieu et d'équilibre du service pour les différentes communautés afin d'éviter l'accaparement du service par un nombre réduit de communautés au détriment d'autres. Ce sont ces responsables traditionnels qui peuvent faire passer le message sur l'ensemble de la zone.

On a constaté aussi un accroissement du niveau de connaissances de base de la part des femmes sur l'alimentation, l'hygiène, le déparasitage des animaux et cela a permis aux populations de comparer l'efficacité des produits pharmaceutiques (santé humaine et vétérinaire) agréés avec les produits issus de la fraude. Enfin, il y a eu un réel changement de comportement sur la vaccination et les consultations prénatales qui se traduit par une augmentation des cas de consultation et, au niveau de la santé animale, par la déclaration systématique d'animaux morbides.

Enfin, en situation de crise, les équipes mobiles ont permis d'accroître la couverture en fonction des mouvements de population et de répondre à des besoins plus importants (cas des déplacés internes, prise en charge de la malnutrition infantile, etc.).

Quelles sont les limites et les contraintes de viabilité de ces dispositifs ?

Les limites et contraintes sont à la fois d'ordre technique, économique et social.

Au niveau technique, ce dispositif ne permet pas de réaliser des interventions lourdes (chirurgie) mais se limite à faire des référencement vers des structures de santé adéquates selon le cas.

Une autre limite est de trouver du personnel. En effet, outre l'aspect technique, il y a l'aspect relations sociales, culture et langues à prendre en compte. L'autre défi est enfin de maintenir le personnel (conditions de travail très difficiles, peu de doctorants issus des régions du Nord). Certains services spécifiques ne peuvent être délivrés en continu comme les soins en odontostomatologie ou l'ophtalmologie du fait que la place dans le véhicule soit limitée et ne peut donc embarquer des spécialistes en plus du plateau technique standard. Sur 2012, les cas d'odontostomatologie et d'ophtalmologie représentaient 4% des cas de consultation. Il doit être envisagé de faire des tournées spécifiques pour ces spécialités, vu le besoin exprimé.

La chaîne de froid nécessaire à l'utilisation de vaccins vivants n'est pas disponible pour réaliser des tournées de 10 jours consécutifs. Dans un premier temps, il avait été mis en place dans le véhicule un frigo congélateur fonctionnant à partir d'un groupe qui permettait cette utilisation. La manutention lourde, le bruit et les odeurs d'essence récurrentes ont fait que ce système a été remplacé au profit de la mise en place d'un petit frigo sur lequel a été adapté un système solaire. Toutefois la partie congélation est très restreinte et sert pour le renouvellement des accumulateurs de froid. Ainsi pour la santé animale il est pour l'instant impossible de réaliser des campagnes avec des vaccins vivants.

La prise en charge de certaines pathologies est difficile. Par exemple, l'équipe a été formée pour le dépistage et le traitement du diabète. Toutefois les cas lourds nécessitent l'utilisation de l'insuline régulièrement par le patient. Or ce produit doit être conservé au frais et le dosage doit être strictement respecté. Pour des cas de ce type, il est conseillé au patient de se rendre en ville où la prise en charge est adéquate. Pour les cas de patients réticents à aller en ville, l'équipe assure leur suivi comme elle assure le suivi des cas de malnutrition infantile, c'est-à-dire une visite systématique à chaque passage.

Pour la réalisation des campagnes de vaccination pour les animaux, il n'y a que très peu de parcs de vaccination. Ainsi ces campagnes tournent souvent au rodéo comportant des risques pour les éleveurs et le vétérinaire d'autant plus que les animaux présents n'ont pas l'habitude d'être manipulés. Pour les dromadaires, les éleveurs arrivent plus ou moins à assurer la contention une fois qu'ils les attrapent (et cela n'est pas simple non plus) mais pour les bovins cela demeure un problème en l'absence d'infrastructures. Pour le technicien d'élevage, il est nécessaire d'apporter une formation spécifique supplémentaire sur le soin et l'utilisation des produits vétérinaires pour les dromadaires.

Nous avons vu que sur le plan financier, une équipe mobile (salaire + prime + carburant + entretien + amortissement du véhicule sur 4 ans) coûte environ 30.000 euros par an sachant que le niveau de salaire est supérieur à la grille de l'État afin de motiver les agents vu les conditions de travail et l'impossibilité d'avoir d'autres activités. Ce système ne peut donc être pérennisé que par la seule perception des coûts de consultations. Ce type d'action doit donc être porté volontairement par l'État.

Le pilotage de cette équipe et plus particulièrement la définition des points de chute est du ressort de l'ASACO composée des différents responsables de lignages présents sur la zone de tournée. Durant la période d'occupation, il était impossible de réaliser les réunions trimestrielles de l'ASACO et c'est donc AVSF et son partenaire qui ont défini les points de chute en reprenant ceux de l'année précédente. Les points de chute ont ensuite été adaptés en fonction du déplacement des populations et des conditions de sécurité. Par ailleurs, même en situation normale, le coût des rencontres de l'ASACO est très élevé du fait de la dispersion des membres du bureau et des coûts de transport très élevés (location de véhicule spécialement pour la tenue des rencontres). Cela doit être intégré dans les appuis financiers car il est indispensable que ces rencontres se tiennent au moins trois fois par an.

Enfin, le niveau d'instruction des responsables communautaires est très faible dans la zone d'intervention. Il s'agit donc de pouvoir assurer un accompagnement technique de proximité notamment sur la surveillance des activités des équipes et la gestion (gestion de personnel, des pharmacies, etc.). Or si le service technique peut assurer un contrôle sur les activités techniques et

ponctuellement sur la gestion de la pharmacie, il est nécessaire pour l'ASACO d'avoir une personne salariée permanente chargée de ce contrôle et du suivi pour éviter des dérives.

Comment améliorer les politiques publiques pour le développement de services de santé humaine et animale plus adaptés aux besoins des espaces saharo sahéliens ?

L'accès à la santé humaine et vétérinaire est de la responsabilité des États et est un droit universel et un des enjeux de la sécurité alimentaire. Dans la bande saharo-sahélienne, les États doivent à la fois répondre à des problématiques d'accès pour des zones de concentration de population (ville, zone Sud) et des zones à faible densité de population généralement enclavées et sur des aires géographiques très importantes et ce, avec des budgets limités. L'État doit essayer de respecter les standards internationaux en termes de couverture tant en santé humaine que vétérinaire. Cela est donc complexe et nécessite un permanent jonglage en fonction des budgets disponibles.

Par ailleurs, pour le Mali, si le concept de mobilité du service de santé humaine figure dans la politique nationale, il n'est pas mis en place effectivement sauf à de rares occasions (épidémies, campagne de vaccination).

Le fonctionnement du service de santé est largement dépendant des financements extérieurs. Un hôpital régional ne couvre que 30% de ses coûts et, pour les CESCO, ce pourcentage est certainement plus faible. Ce financement extérieur est vital pour l'ensemble du Sahel d'autant plus avec le développement des moyens de déplacement qui induit des flux de personnes et de marchandises dont les produits animaux.

Par ailleurs, bon nombre de familles n'ont pas les moyens de prendre en charge un déplacement entre leur zone d'habitation en milieu pastoral et les villes où se trouvent les services techniques et les capacités de soins. Cela fait que si le service ne va pas vers eux, elles n'y accèdent pas du tout. De ce fait, ces populations peuvent se sentir exclues de leurs droits.

Il s'agit donc que les partenaires financiers « traditionnels » de la santé et du développement rural introduisent ce type d'appui dans leurs financements afin d'assurer ce type de service et accompagner les services de l'État. En effet, si les ONG peuvent contribuer ponctuellement aux services techniques et apporter des innovations et des références d'expériences, il n'est pas de leur ressort et même souvent de leur capacité de maintenir des programmes sur des longues durées et il faut donc que si le gouvernement juge pertinent les expériences, il puisse reprendre rapidement le flambeau notamment sur des services sociaux de base.

Par ailleurs, la gestion du service local de santé est transférée aux collectivités territoriales. Elles doivent donc être en mesure, en collaboration avec les associations de santé, de faire du lobbying auprès des services de l'État pour développer ce type de service mobile plus adapté et moins coûteux (ratio coûts-nombre de consultations) que des postes fixes sur l'année. En effet, les budgets des collectivités locales au Nord sont trop faibles pour pouvoir assurer les services sociaux de base qui leur ont été transférés.

Au Niger, AVSF en 2005 et 2006 a appuyé les services techniques pour l'organisation de caravanes de santé mixte. Le personnel de ces caravanes était composé d'agents des services techniques et de vétérinaires privés. Ils sillonnaient la zone pastorale à raison d'une tournée par semestre. Il avait été également proposé un document cadre pour pérenniser ce service au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Élevage en 2006. Une capitalisation sur la santé mobile développée par AVSF est téléchargeable sur le site ruralter (site éditorial d'AVSF) sur le lien suivant :

<http://www.avsf.org/fr/posts/646/full/le-service-mixte-de-sante-humaine-et-animale-en-zone-pastorale-une-experience-innovante-et-prometteuse>