

L'AFRIQUE CONTRE LES EPIDEMIES : PRINCIPALES CONSIDERATIONS EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES AU MALI

Mamadou Faramba Camara, Brahim Amara Diallo et Santiago Ripoll

SYNTHESE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS

Malgré certains progrès importants dans l'élaboration de politiques et de programmes de vaccination, le Mali est extrêmement vulnérable aux épidémies. Un résumé des points et implications clés est présenté ci-dessous.

- Certains Maliens sont plus vulnérables aux maladies que d'autres, en particulier : les personnes vivant dans des régions rurales reculées ayant un accès physique limité aux soins de santé, les personnes pauvres des zones urbaines et rurales, les personnes dont les infrastructures d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) sont inadéquates, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les populations d'accueil, les groupes politiquement marginalisés tels que les groupes nomades, les personnes vivant dans les zones de conflit du nord et du centre du pays, les personnes souffrant de malnutrition, les enfants qui ne sont pas entièrement vaccinés, les femmes et les enfants qui sont moins susceptibles d'être les décideurs de leurs propres soins de santé ou qui risquent d'être victimes de discrimination au sein de la clinique.
- Aborder les vulnérabilités générales aux maladies dans les activités de préparation : étendre la couverture WASH, adapter les services de santé aux populations nomades, etc. Lors de la survenue d'une épidémie, identifier les groupes vulnérables spécifiques à l'épidémie et instaurer avec eux un dialogue participatif. Pour renforcer la confiance, les communautés vulnérables doivent être mobilisées dès le début en vue de concevoir et d'adapter les programmes, de prendre des décisions et mener des activités chaque fois que cela est possible et pertinent, et de faire remonter des retours de la communauté sur les mesures de riposte en cours.

- Veiller à ce que les activités de riposte n'isolent pas les communautés déjà marginalisées, que ce soit par un ciblage ou une communication susceptible de susciter la stigmatisation ou par des restrictions imposées pouvant aggraver les vulnérabilités.
- **Les données sanitaires ne sont pas entièrement partagées entre les systèmes de santé et les systèmes humanitaires pour permettre une action opérationnelle :** l'échelon le plus élevé de l'État et les prestataires de santé publics ne partagent pas suffisamment les données avec le secteur biomédical privé et les prestataires alternatifs de soins de santé. La coordination est également insuffisante. Les données sur la surveillance des épidémies, la prestation de services et les investissements dans les ressources humaines et financières ne sont pas collectées ou partagées entre les secteurs alternatif, privé ou public, et n'étayent pas non plus les processus décisionnels fondés sur les données à l'échelon le plus élevé.
 - Veiller à ce que ces secteurs de la santé s'engagent à continuer de fournir des informations pertinentes au système ainsi qu'à intégrer et partager les données au moyen de systèmes intégrés d'information sanitaire.
 - Créer des synergies entre les acteurs de la santé et les acteurs humanitaires.
 - Harmoniser les plans de préparation et de riposte ainsi que la mobilisation des ressources sur la base des données issues des systèmes d'information sanitaire.
 - Investir dans une recherche en sciences sociales dirigée par le Mali qui souligne l'importance du contexte dans les résultats de santé et le relie à des interventions de santé publique adaptées au contexte.
- **La communication en matière de santé est plus efficace lorsque des chefs locaux de confiance sont mobilisés et que les langues et les cadres locaux sont utilisés.** Les chefs traditionnels et religieux sont les interlocuteurs privilégiés par la population malienne. Les autres acteurs reconnus au Mali sont les médecins et les personnels infirmiers, ainsi que les prestataires alternatifs de soins de santé. Ils jouissent d'une confiance au niveau national, mais ces dynamiques varient selon les groupes sociaux et les contextes géographiques. Il existe une grande diversité de langues, de cadres locaux de la maladie et de préférences en matière de communication.
 - Mobiliser tôt les chefs traditionnels, les chefs religieux et les agents de santé de confiance. Ces acteurs peuvent s'assurer que les activités de riposte sont appropriées sur le plan culturel. Les médecins et les personnels infirmiers peuvent jouer un rôle important dans la communication des messages de santé et la clarification des préoccupations et questions.

- Tirer parti de la richesse des informations sur les taxonomies locales de la maladie, le traitement et les soins au Mali et adapter les messages aux étymologies locales et cadres culturels.
 - Les évaluations de la langue locale et de la communication doivent être effectuées localement en vue d'identifier les langues et les formats de médias les plus pertinents pour chaque groupe social.
 - Utiliser la radio communautaire et les espaces locaux (comme le théâtre de rue ou les crieurs de la ville, *les griots*) pour clarifier les questions sur la maladie et recueillir les retours de la communauté.
- **Créer des alliances avec d'autres prestataires alternatifs de services de santé.** Plus de 80 % des Maliens dépendent de la médecine traditionnelle. L'État a encouragé l'intégration des *tradipraticiens* dans les politiques, mais ceux-ci opèrent en grande partie en dehors du système de santé de l'État.
 - Les guérisseurs, *tradipraticiens*, vendeurs de médicaments, et devins notamment peuvent bénéficier d'une formation de base en épidémiologie et en communication sur les risques et doivent être engagés dans la surveillance de la maladie et la riposte. Ces prestataires alternatifs de soins de santé peuvent également contribuer à fournir des informations et des traitements sanitaires (par exemple des solutions de réhydratation orale, des moustiquaires, etc.). Ils peuvent également détecter certaines maladies et orienter leurs patients vers les cliniques biomédicales, le cas échéant. La collaboration entre le Département de médecine traditionnelle et les réseaux locaux de guérisseurs doit être renforcée.
 - **S'appuyer sur les réponses participatives existantes** à la riposte à l'épidémie dans le cadre d'une approche holistique dirigée par la communauté. La préparation et la riposte aux épidémies doivent reposer sur un engagement significatif des communautés (en particulier des populations vulnérables) et, plutôt que de lancer des activités de riposte à partir de zéro, les activités humanitaires doivent tirer parti des initiatives et des réseaux sociaux existants et les soutenir.
 - Travailler avec *des relais communautaires* et d'autres bénévoles de la santé au sein des communautés pour mobiliser des influenceurs clés au niveau local, tels que les chefs traditionnels et religieux, ainsi que les parties prenantes concernées dans les secteurs du commerce, des transports et de l'éducation. Renforcer la capacité des bénévoles de la santé à détecter les maladies à potentiel épidémique ainsi qu'à établir des systèmes de notification et d'orientation des cas vers les prestataires de soins de santé.

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE ET PRINCIPALES IMPLICATIONS	1
TABLE DES MATIERES	4
INTRODUCTION	5
SYSTEME DE SANTE	6
CHARGE DE MORBIDITE	6
SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE	8
SECTEUR PRIVE DE LA SANTE	14
RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES	17
ÉPIDEMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PREPARATION	22
RISQUE DE MALADIE, VULNERABILITE ET VACCINATION	22
POPULATIONS VULNERABLES	25
GOUVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES	26
EXPERIENCE EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES	29
COMMUNICATION ET TRANSPORT	32
GOUVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS	34
RIPOSTES COMMUNAUTAIRES AUX EPIDEMIES ET RIPOSTES OFFICIELLES	35
DEFIS ACTUELS, ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS	41
PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA PREPARATION ET LA RIPOSTE AUX	
EPIDEMIES	42
PRINCIPAUX ACTEURS	47
ORGANISMES DE RECHERCHE MALIENS.....	47
ASSOCIATIONS/RESEAUX.....	47
ONG MALIENNES DE DEVELOPPEMENT ET HUMANITAIRES	48
REMERCIEMENTS	50
ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES	
COMPLEMENTAIRES	51
GEOGRAPHIE ET POPULATION	51
ÉCONOMIE ET MOYENS D'EXISTENCE	51
POLITIQUE, GOUVERNEMENT ET ADMINISTRATION	52
ORGANISATION SOCIALE	58
REFERENCES	61

INTRODUCTION



Figure 1. Carte du Mali <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2964025>

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, l'un des plus grands de la région, avec une superficie de 1 248 574 km². En 2018, il comptait au total près de 20 millions d'habitants. Le pays est divisé en trois zones agroécologiques : la zone soudanienne cultivée du sud, la zone sahélienne semi-aride centrale et la zone saharienne aride du nord. La grande majorité de la population vit dans le sud du pays. Environ 23,3 % de la population réside dans des zones urbaines.¹ La population croît rapidement, avec un taux de 3,6 %. Le taux de fécondité est élevé (6,3 enfants par femme) selon l'Enquête démographique et de santé (EDSM) de 2018². Cette même année, les jeunes de moins de 15 ans représentaient près de la moitié de la population malienne (49,8 %). Cette croissance démographique amène des défis importants pour le pays quant à l'offre de soins de santé, l'éducation, l'emploi et l'infrastructure. Le Mali est l'un des pays les plus pauvres au monde, avec un PIB par habitant de 901 USD en 2018, se classant au 182^e rang mondial à l'Indice de développement

humain. Le système de santé de l'État malien a du mal à répondre aux besoins de la population en raison du sous-investissement chronique dans les infrastructures et l'équipement, du manque de ressources humaines et d'une surreprésentation des prestataires de soins de santé et d'agents de santé dans les zones urbaines.

Cette note d'information s'appuie sur un examen de la documentation universitaire et de la documentation grise, mais aussi sur les contributions de spécialistes en sciences sociales et d'experts sur le Mali. Elle donne un aperçu de la pluralité des systèmes de santé du Mali, ainsi que des expériences passées et actuelles en matière de préparation et de riposte aux épidémies, en mettant en évidence les facteurs contextuels qui façonnent ces dynamiques.

La note d'information est organisée comme suit : 1) un aperçu du système de santé national, y compris des secteurs public et privé de la santé ; 2) les principaux défis en matière d'épidémies de maladies infectieuses, de préparation et de riposte et 3) une liste des principaux acteurs que les premiers intervenants de la riposte pourraient vouloir engager dans les activités s'y rapportant. La note d'information se conclut sur les implications et les recommandations relatives à la préparation et à la riposte aux futures épidémies au Mali. Des annexes fournissent une présentation plus approfondie du contexte général, de l'histoire et de l'économie politique, ainsi que différents groupes sociaux et de l'organisation sociale du pays. Cette note d'information technique a été élaborée par l'Institute of Development Studies, en vue de favoriser l'intégration des perspectives des sciences sociales et de l'anthropologie dans l'assistance technique du programme L'Afrique contre les maladies (ACE) soutenu par UK AID, ainsi que dans son mécanisme de réponse précoce.

SYSTEME DE SANTE

CHARGE DE MORBIDITE

Le Mali est l'un des pays qui présentent la plus forte charge de morbidité et de mortalité prématurée. Les maladies infectieuses, néonatales, maternelles et nutritionnelles représentent plus de 70 % de la charge de morbidité au Mali.

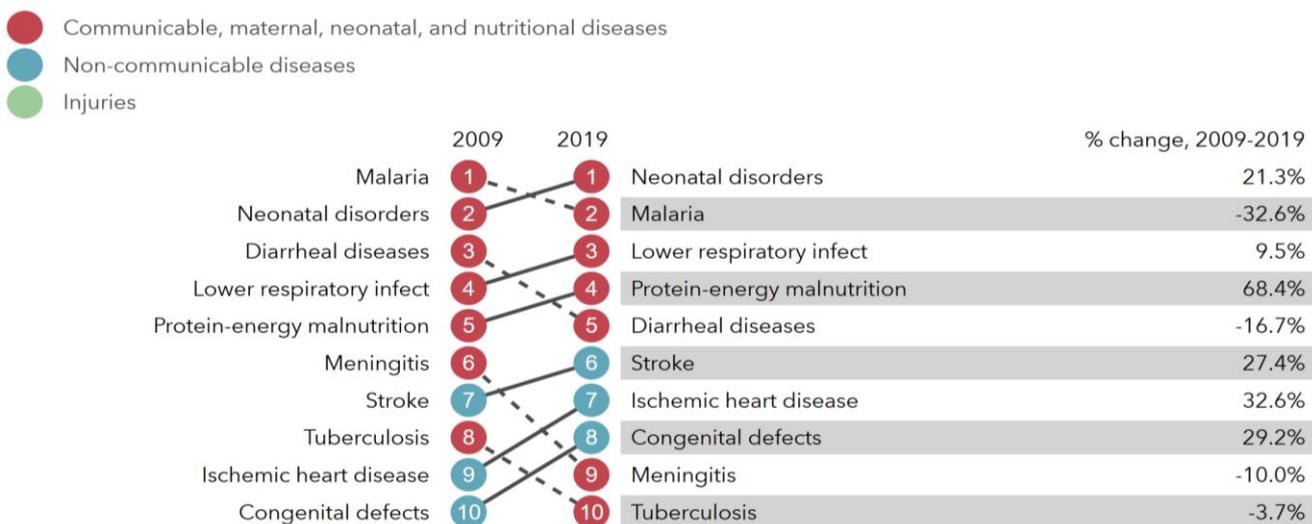
Au cours de la dernière décennie, le profil épidémiologique a été dominé par des maladies infectieuses telles que le paludisme, les infections des voies respiratoires inférieures et les maladies diarrhéiques, ainsi que par les maladies non transmissibles (MNT) telles que le diabète, l'hypertension et la drépanocytose. Le fardeau des maladies non transmissibles y a augmenté ; les décès dus aux cardiopathies ischémiques ont par exemple augmenté de près d'un tiers au cours de la période 2009-2019³.

Le paludisme est le premier motif de consultation dans les cliniques de santé (39 % de tous les motifs de consultation) et 1 enfant de moins de 5 ans sur 5 avait contracté le paludisme en 2018. Plus de 2,6 millions de cas et 1 001 décès dus au paludisme ont été dénombrés cette même année². Entre 2011 et 2018, le pays affichait une mortalité maternelle 325 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les populations les plus touchées par la maladie ou les blessures sont les personnes de plus de 60 ans (45,2 % du total) et les enfants de moins de 5 ans (29,8 %). Les taux de maladie ou de blessure sont légèrement plus élevés dans les zones urbaines (25,7 %) que dans les zones rurales (23,1 %) et sont plus importants chez les hommes (25,3 %) que chez les femmes (22,2 %)⁴.

On considère aujourd’hui la pandémie de COVID-19 comme une crise de santé publique extrêmement préoccupante. Cependant, au moment de la rédaction de la présente note, ses conséquences étaient relativement faibles, avec plus de 14 000 cas détectés et près de 520 décès depuis le début de la pandémie. Mais cela pourrait toutefois évoluer rapidement. Comme nous le verrons plus loin, le Mali est touché par d’autres épidémies telles que la méningite et le choléra. La perturbation des programmes de vaccination et des services de santé causée par la COVID-19 a déclenché l’émergence de maladies qui semblaient sous contrôle ces dernières années, telles que la fièvre jaune, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, la dengue et la rougeole⁵.

What causes the most deaths?



Top 10 causes of total number of deaths in 2019 and percent change 2009-2019, all ages combined

Figure 2. Les 10 principales causes du nombre total de décès en 2019 et leurs variations en pourcentage entre 2009 et 2019 au Mali, tous âges confondus *Institute for Health Metrics, 2019* : <http://www.healthdata.org/mali>

SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

Le système de santé publique au Mali dispose de ressources physiques et humaines limitées, et celles-ci souffrent d'une répartition très inégale dans l'ensemble du pays. Selon les Statistiques nationales annuelles sur la santé (2019), 1 270 médecins généralistes et 591 spécialistes ont exercé au Mali⁶. Il y a un manque de personnel de santé dans les zones rurales pauvres et reculées, loin de Bamako. Aussi, 31 % des médecins et 53 % des autres agents de santé travaillaient à l'extérieur de la capitale. Plus de 50 % des établissements de santé privés sont situés à Bamako⁷. En 2018, le pays comptait 13 médecins pour 100 000 habitants, et en 2010, 10 lits d'hôpital pour 100 000 habitants en moyenne⁸. Au sens large des professionnels de la santé (médecins, personnels infirmiers et sages-femmes), le Mali compte 65 agents de santé pour 100 000 personnes, un chiffre très inférieur à la norme minimale de l'OMS de 230/100 000 personnes⁹. Certaines régions disposent de plus de ressources humaines que d'autres. La région de Kidal compte 13,3 professionnels de la santé pour 100 000 habitants, la région de Bamako en compte 13,7 et la région de Menaka 12,1. Les régions en ayant le moins sont Tombouctou et Taoudéni dans le nord du pays⁹.

En moyenne, moins de la moitié de la population malienne vit à moins de 5 km d'un établissement de santé, et près de 30 % de la population est à plus de 15 km¹⁰. En raison de la faible rémunération et des inégalités au sein du système, les services de santé font face à une instabilité des ressources humaines¹¹. Du fait du sous-investissement dans les installations et l'équipement et d'incitations financières inadaptées, les travailleurs les plus qualifiés rejoignent le secteur privé plutôt que de rester dans les services fournis par l'État.

En 1990, dans le but de répondre aux besoins de santé de la population, le Mali a adopté une politique sectorielle axée sur la santé et la population. Depuis les années 90, l'accent a été mis sur le développement du système de santé communautaire, qui a rapproché le traitement et les services de la population, tout en maintenant la garantie de qualité des services et d'accessibilité financière. Le Mali a favorisé la création de *Centres de santé communautaire (CSCoM)*. Ces établissements sans but lucratif gérés par des membres de la communauté par l'entremise des *Associations de santé communautaire (ASACO)* regroupent des populations au niveau local¹². Les *CSCoM* sont gérés par une équipe de

professionnels de la santé dirigée par un médecin ou un personnel infirmier pour une zone desservie particulière (*aire de santé*). Leur statut privé permet aux centres d'équilibrer leurs comptes et de gérer leurs ressources humaines et financières en fonction des frais d'utilisation et des subventions qu'ils reçoivent du gouvernement. Les CSCom signent également une *convention* avec l'État, s'engageant à la prestation de services particuliers (paquet minimum d'activités, PMA) en contrepartie d'un financement. Ils doivent rendre des comptes aux communautés par l'intermédiaire de l'ASACO, dans laquelle les représentants communautaires assurent l'établissement des priorités des cliniques et le suivi des priorités de l'État en matière de santé, ainsi que la supervision des comptes financiers et de la structure tarifaire. L'ASACO fait appel à des bénévoles pour travailler en tant qu'agents de santé communautaires (ASC) appelés *relais communautaires*.

En juillet 2002, les autorités maliennes ont adopté une loi qui définit les actions visant à améliorer la santé de la population, le développement et l'extension de la couverture sanitaire et le renforcement du système de santé. Pour atteindre ces objectifs, le Mali a conçu un *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS)*. Le dernier plan décennal multisectoriel PDDSS a été adopté en 2014 pour la période 2014-2023⁵. Il précisait les stratégies démographiques, sanitaires et sociales de l'État. Le PDDSS est coordonné par le Ministère de la santé, le Ministère des affaires sociales, le Ministère de la promotion des femmes, de la famille et des enfants, avec l'Agence de planification et de statistique (*Cellule de Planification et de Statistique, CPS*). Ce plan met l'accent sur la décentralisation des soins de santé et la dépendance à l'égard des soins de santé communautaires par la mise en place d'accords *conventionnels* avec le CSCom décrits ci-dessus. Il favorise également la promotion de la santé des femmes et des enfants, l'amélioration et l'expansion de l'offre de soins de santé, le renforcement de la qualité des services ainsi que celui des systèmes de financement et d'information sanitaire¹⁰. Ce plan est mis en œuvre dans le cadre des programmes quinquennaux de développement sanitaire et social (PRODESS). Il y a eu trois moutures du PRODESS¹³, la dernière étant PRODESS III pour la période 2014-2018. La conception de PRODESS IV devrait être finalisée en 2020¹⁴.

Dans les années 1980, le Mali a été le berceau de l'Initiative de Bamako. Dans le cadre des programmes d'ajustement structurel de l'époque, une participation aux frais a été imposée aux patients des cliniques publiques, dans le but d'accroître la viabilité économique et l'efficacité de ces établissements. Cette participation représente aujourd'hui près de la moitié des revenus des cliniques de soins de santé primaires.¹⁰ La mise en place de cette participation des patients (plutôt que la prestation de soins de santé gratuits) a eu un impact particulièrement négatif sur l'accès des familles pauvres

aux soins. Les populations font donc face à des services publics de qualité médiocre et insuffisamment financés, à une participation élevée aux frais et à des mécanismes de dérogation qui ne fonctionnent pas, ce qui explique pourquoi de nombreuses familles cessent de se rendre dans les établissements de santé publics.¹⁵ Elles utilisent leurs fonds personnels pour financer leurs soins de santé : 46 % des dépenses de santé sont financés par les ménages.¹⁰ Ils renoncent donc aux soins pour des raisons économiques : en 2017, 46 % de la population ayant besoin de soins de santé ont déclaré ne pas avoir recours aux services de santé en raison de leur coût trop élevé¹⁰. Lorsqu'elles s'avèrent nécessaires, ces dépenses peuvent les faire glisser sous le seuil de pauvreté.

Cette situation devrait changer au cours des prochaines années, avec l'annonce en 2019 de plusieurs réformes du système de soins de santé. Le Mali est un bon modèle de réforme du secteur de la santé sur le continent, œuvrant à la réalisation de l'objectif d'une couverture maladie universelle (CMU)¹⁶. Dans le cadre de ces réformes, les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans bénéficieront, à partir de 2022, de soins de santé primaires et curatifs gratuits. Des contraceptifs gratuits seront délivrés et des milliers d'agents de santé seront recrutés au sein du système de soins de santé communautaire. L'État veillera également à ce que les médicaments soient plus abordables¹⁷.

Structure du système de santé publique

L'organisation du système de santé suit une structure pyramidale (voir la Figure 2) à trois niveaux : central, intermédiaire et opérationnel. Le niveau national ou central correspond à la sphère décisionnelle, où les documents politiques, les normes et les normes sont conçus. Le niveau central est l'initiateur et le garant de la politique nationale de santé. Il élabore les politiques, les normes et surveille la mise en œuvre politique. Les institutions de référence à ce niveau comprennent cinq *établissements hospitaliers publics/centres hospitaliers universitaires (EPH/CHU)* : Point « G », Gabriel TOURÉ, IOTA, CNOS et Hôpital du Mali.¹⁸ Concernant l'administration et la gestion, le Ministère de la santé s'appuie sur la *Direction Nationale de la Santé (DNS)* et les *Directions Régionales de la Santé (DRS)*, qui supervisent les districts sanitaires¹⁹.

Le niveau intermédiaire ou régional supervise la coordination et la mise en œuvre des politiques de santé. Il fournit un appui technique et logistique aux programmes et activités qui sont mis en œuvre au niveau opérationnel. Il s'agit du deuxième niveau d'orientation des patients. Il comprend neuf hôpitaux publics (*Établissement Public Hospitalier — EPH*), dans les régions de Kayes, Koulikoro/Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal et le centre hospitalier mère-enfant de Bamako.

Le niveau opérationnel fonctionne au niveau du district sanitaire. Ce niveau comprend (i) 1 368 Centres de Santé Communautaires (CSComs) (2018), premier point d'accès aux services de santé, et (ii) 62 *Centres de Santé de Référence (CSRéf)*, premier niveau de référence. La CSRéf surveille la mise en œuvre des politiques et programmes de santé au niveau des centres de santé communautaires²⁰. En outre, on trouve également dans les districts sanitaires d'autres structures de santé fournissant des soins, notamment des cliniques confessionnelles, des cliniques d'ONG, des services de santé de l'armée, des dispensaires et d'autres établissements de santé privés. Les 62 Centres de Santé de Référence (CSRéf) prennent en charge les patients envoyés par les centres de santé communautaires.

Les CSCom fournissent des services de santé de base au niveau communautaire, y compris la prévention et le traitement des maladies. En 2008, 200 médecins ont travaillé dans les CSCom²¹. Ces CSCom comptent aussi sur des bénévoles issus des communautés. Les agents de santé communautaires sont appelés *relais communautaires*. Ces *relais communautaires* jouent un rôle fondamental dans la communication sur les risques et le changement de comportement, ainsi que dans l'identification des maladies infectieuses et l'orientation appropriée¹².

Les *relais communautaires* ne sont pas les seuls prestataires de services de santé au niveau local, on trouve aussi des *Agents de Santé communautaire (ASC)*, déployés depuis 2002 dans le cadre des *Soins Essentiels dans la Communauté (SEC)*. Les ASC fournissent des services de santé à la communauté, élargissant la portée des services de santé *minimums (paquet minimum d'activités, PMA)* dans une zone desservie et sous la supervision de l'agent du CSCom qui en est responsable²².

Jusqu'à présent, l'accès aux médicaments par le système médical et le public a constitué un véritable défi. Dans les années 1980, le Mali a créé la Pharmacie Populaire Du Mali (PPM), une institution chargée de stocker des médicaments et d'autres consommables dans les établissements publics. La PPM a finalement été incapable de répondre à la demande croissante des cliniques publiques. Le Mali a progressivement libéralisé le secteur pharmaceutique, en y associant des acteurs privés tels que les pharmacies et les ONG, qui devaient faciliter l'accès aux médicaments essentiels²³. Toutefois, ces mesures n'ont pas amélioré l'accessibilité financière ni entièrement résolu la dépendance à l'égard des médicaments importés ainsi que les problèmes de transport et de logistique dans un pays aussi vaste²¹.

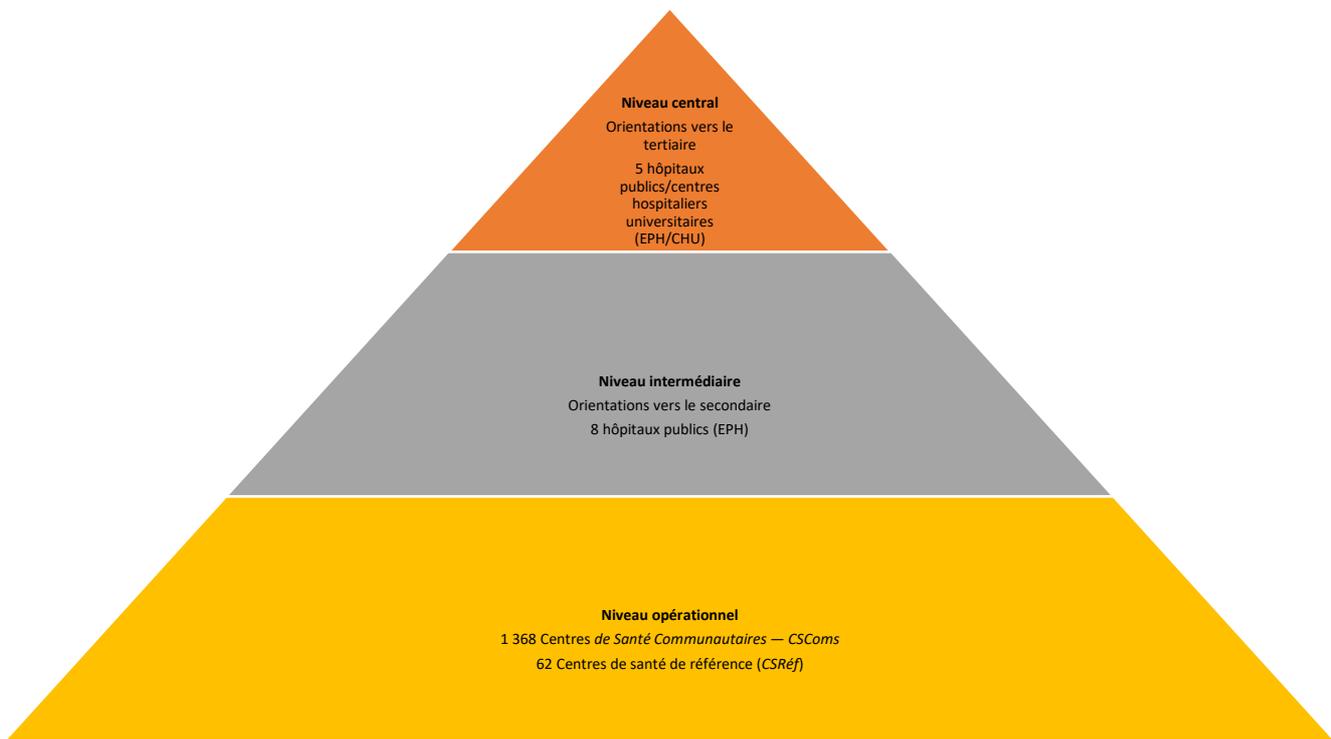


Figure 3. Structure du système de santé de l'État

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné une forte baisse de la mobilité des différents prestataires de santé, en particulier *des relais communautaires*. Lors de leurs visites à domicile avant la pandémie, *les relais communautaires* étaient en mesure de détecter les maladies présentant un potentiel épidémique dans la communauté, information qu'ils communiquaient aux centres de santé communautaire (CSCoM) afin d'assurer une riposte et un traitement pour les patients touchés. Toutefois, l'efficacité de ce système a été affectée par la pandémie, les visites aux ménages ayant été suspendues en raison de restrictions gouvernementales. En outre, les restrictions de transport ont compliqué l'accès aux centres de santé. En d'autres termes, la COVID-19 a montré les limites du système de santé de l'État au Mali. Pour les autorités sanitaires maliennes, la difficulté consiste à retrouver cette capacité de prévention des maladies et à assurer la continuité des services de santé afin de réduire la mortalité et la morbidité parmi les populations les plus vulnérables et à mettre en place des capacités pour atténuer l'impact de la pandémie²⁴.

Un manque de moyens logistiques et de ressources financières complique la supervision des activités à tous les niveaux du système de santé. Ce problème de surveillance et de coordination a été signalé comme une limitation de la surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) au Mali. L'absence de coordination entre les structures gouvernementales de santé entrave la supervision des niveaux inférieurs du système.²⁵ Cette situation est particulièrement complexe dans les régions frontalières où les

systèmes d'information sanitaire ne sont pas assez développés et où les ressources humaines sont insuffisantes¹². Le leadership et la gouvernance au niveau central sont insuffisants pour contrôler, superviser et coordonner la mise en œuvre des politiques de santé. En outre, le gouvernement a tendance à accepter toute aide, indépendamment de ses priorités stratégiques. Des cas de corruption et de détournement de fonds ont été signalés, ce qui a conduit certains donateurs à retirer des projets au gouvernement pour les confier à des acteurs de la société civile, ou à mettre en œuvre des projets portant uniquement sur des actifs n'impliquant pas de transferts monétaires²⁵.

Prestation de services et expériences des soins

Certaines études ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les compétences interculturelles et sociales entre les prestataires de soins de santé et les patients. Par exemple, des femmes ayant consulté pour des soins périnataux se sont plaintes de « comportements grossiers et parfois intimidants de la part du personnel de santé, tant des médecins que des personnels infirmiers », déclarant que les femmes « se font fréquemment criées dessus, sont insultées et souvent méprisées ». Les femmes ont estimé que l'accueil était inadéquat et ont déclaré que c'était l'une des raisons pour lesquelles elles ont évité de se tourner vers les établissements de santé publics pour leurs soins périnataux²⁶.

Bien que réparties sur un tiers du territoire, les populations nomades du Mali sont touchées de manière disproportionnée par un manque d'accès aux services de santé communautaires. Le mode de vie, la mobilité constante et les différences socioculturelles les rendent moins susceptibles de fréquenter les services de santé publics. Une étude menée auprès des Touaregs *Kel Tamasheq*, des Songhaïs, des Arabes, des Peuls et des Bozos a permis de répertorier les obstacles suivants : le manque de transport (79,4 % des répondants), la qualité des services (39,2 %) et le coût élevé des services (35,7 %). Plus de 25 % des répondants ont indiqué qu'ils ne se soumettraient pas à un examen médical si l'agent de santé qui le réalise n'est pas du même sexe que le patient²⁷. Travailler avec les agents de santé communautaires nomades recrutés au sein des communautés a eu des effets positifs en termes d'utilisation, même si une formation et un soutien plus large des agents de santé apparaissent nécessaires. Les services de cliniques mobiles ont un meilleur accès, en particulier lorsqu'ils sont adaptés aux besoins matériels et culturels de chaque peuple nomade qu'ils souhaitent aider. Cet impact positif peut être encouragé via une élaboration participative de ces programmes impliquant les communautés.

Le conflit entrave gravement l'accès aux soins de santé, en particulier dans le nord et le centre du pays (voir plus de détails sur le conflit dans les annexes détaillant le contexte du Mali). La présence de groupes armés internationaux, étatiques et indépendants dans

les régions centrales (autour de Mopti et de Ségou) et dans les régions septentrionales (autour de Tombouctou, Gao et Kidal), la violence intercommunautaire et l'insécurité le long des frontières limitent considérablement les déplacements des patients vers les centres de santé, l'approvisionnement en médicaments et en matériel des cliniques éloignées ainsi que l'accès humanitaire des organisations internationales. Et à son tour, l'insécurité exacerbe le manque personnel de ces services de santé communautaires²⁸. Le nombre d'établissements de santé fonctionnels au Mali a régulièrement diminué depuis 2012, à la suite de l'insurrection dans le nord du pays : 88 % étaient fonctionnels en 2012, 83 % en 2017, puis ce chiffre a chuté à 78 % en 2019, et ce, suite au retrait du gouvernement en raison d'attaques ciblées. Le nombre d'agents de santé qualifiés a diminué de 31 %. Les cliniques publiques ont eu besoin des fonds de l'aide humanitaire pour payer les agents de santé toujours en place. Les activités humanitaires et militaires se sont par ailleurs affaiblies dans les zones touchées par le conflit. La présence de la Mission des Nations Unies au Mali (MINUSMA), considérée comme une partie au conflit, et ses activités humanitaires visant à promouvoir son acceptation au sein de la population, a fait polémique car certaines d'entre elles étaient en lien avec la santé. Dans certains cas, cela peut entraîner une confusion au sein de la population, délégitimer le rôle de l'action humanitaire et briser confiance de la population²⁵.

SECTEUR PRIVE DE LA SANTE

Au milieu des années 80, après la période socialiste au cours de laquelle les soins de santé relevaient exclusivement de la responsabilité de l'État, le Mali libéralise le secteur de la santé. En 1985, le pays autorise l'entrée d'acteurs privés dans le secteur de la santé et de la fourniture de produits pharmaceutiques, y compris des prestataires de soins de santé à but lucratif et à but non lucratif, parmi lesquels des cliniques confessionnelles et des cliniques d'ONG. L'État encourage ainsi l'ouverture de cliniques privées, de bureaux de traitement, de salles de consultation, de dispensaires, d'infirmiers et de pharmacies confessionnelles d'entreprise ou professionnelles. Cette libéralisation de la prestation de soins de santé a eu lieu parallèlement aux efforts de décentralisation des services de santé de l'État décrits ci-dessus. Selon la Banque mondiale, la création d'établissements privés à but lucratif ou à but non lucratif a en effet facilité l'accès de la population à des soins et des services de qualité¹⁰. Les cliniques et les hôpitaux à but lucratif, ainsi que les établissements à but non lucratif, représentent 64 % de toutes les consultations du système de santé par la population, tandis que 24 % des consultations ont lieu au sein d'établissements à but lucratif²¹. En 2008, la moitié des 2 546 médecins du Mali exerçaient dans des établissements privés. Le système de soins de santé privé pourrait être encore plus vaste, car bon nombre des prestataires ne sont pas agréés ou immatriculés et exercent donc en dehors de tout cadre officiel.

On constate toutefois de graves inégalités de revenus et géographiques dans l'accès à ces services. La plupart des structures sont situées dans de grandes villes, en particulier à Bamako, la capitale. En 2017, le pays comptait 2 343 établissements privés, dont 56 % à Bamako. Sur les 70 hôpitaux privés du Mali, 49 étaient basés dans la capitale.

Dans le cadre du Plan décennal de développement sanitaire et social, le Mali vise à accroître la part du secteur privé dans l'offre de services tout comme la coordination entre les prestataires privés et publics. Une « carte sanitaire » doit être mise à jour et évaluée par le gouvernement tous les cinq ans. Toutefois, la coordination entre les services de santé publics et privés demeure insuffisante. On note un manque d'articulation avec la politique et la gouvernance de la santé publique, ainsi que l'absence de mécanismes financiers, participatifs et juridiques adéquats nécessaires pour améliorer la prestation des soins de santé universels²¹. Les rapporteurs du ministère soulignent un développement anarchique de ces établissements privés, dont les données sont mal prises en compte dans le système d'information sanitaire²⁹ et font état de préoccupations concernant la qualité de l'offre des acteurs non réglementés.

Les prestataires alternatifs de soins de santé sont des prestataires essentiels non gouvernementaux et non biomédicaux, en particulier dans les zones rurales. Au Mali, 80 % des populations rurales ont recours à la médecine traditionnelle. et on constate une grande diversité de *tradipraticiens*³⁰.

- Les herboristes, ou *jiridonnaw*, traitent avec des plantes accompagnées de prières ou d'incantations. Par exemple, ces guérisseurs utilisent des décoctions ou macérations de racines qui sont consommées par voie orale et utilisées comme produit destiné à laver le corps et traiter les cas graves de paludisme³¹. Les connaissances des herboristes sont généralement transmises au sein des familles, par exemple de père en fils. Il est à noter que les femmes, par exemple parmi les Bambaras, peuvent également être herboristes. Elles peuvent proposer des remèdes domestiques au sein du ménage, mais aussi des traitements à d'autres personnes, et rejoindre les sociétés féminines traditionnelles engagées dans la prévention et le traitement des maladies (Imperato 1981).
- Les guérisseurs traditionnels ou féticheurs, *basitigi* ou *tontigui*, utilisent des fétiches ou des enchantements ainsi que des remèdes à base de plantes.
- Les antisorciers, *nyagauw*, peuvent reconnaître les sorciers et contrecarrer leurs plans, notamment par l'apparition d'un malheur ou d'une maladie.

- Les devins, *filelikelaw*, utilisent souvent la géomancie (*bougourida*) ou les coquillages (*kolonninfil*, qui consiste à jeter des objets sur une surface et à interpréter leur distribution) ou la divination de rêves.
- Les guérisseurs de la foi ou les marabouts, *moriw*, s'appuient sur le Coran pour protéger de la maladie ou la traiter.
- Les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle majeur dans la prise en charge des mères et des bébés.
- Les vendeurs de médicaments ou les médico-droguistes vendent des remèdes d'origine minérale ou animale.

Il existe une vaste connaissance de la médecine traditionnelle dans le pays, à la fois concernant la compilation des étymologies locales des maladies, l'engagement avec les guérisseurs traditionnels et les herboristes, et l'analyse de l'effet pharmacologique des herbes et des racines. Ce travail a été mené par le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) au sein de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako. Le DMT a par la suite mis sur pied des organisations locales de guérisseurs traditionnels dans tout le pays et facilité l'échange d'expériences entre les différentes régions^{31,32}. Par conséquent, le DMT et ces organisations locales sont des interlocuteurs de choix pour la préparation et la riposte aux épidémies. Des études menées avec le DMT ont exploré la guérison traditionnelle et les traitements des blessures³³, du paludisme^{31,33}, de la jaunisse³⁴ et de la schistosomiase³⁵. D'autres étaient axées sur le traitement à base de plantes de problèmes liés à la grossesse (Nergard 2015). Une autre étude a permis de relier différentes étymologies locales de la maladie mentale à des cadres biomédicaux/psychothérapeutiques³⁶. Malgré un accent mis sur les aspects ethnopharmaceutiques, ces interlocuteurs connaissent également les explications non naturelles et non matérielles de la maladie dans le cadre de leur engagement auprès des guérisseurs traditionnels.

Toute riposte à une épidémie doit impérativement impliquer cette grande diversité de prestataires de soins de santé pour atteindre un plus large public. Cela est intéressant sur le plan logistique, car il est possible que ces praticiens soient plus nombreux que les agents de santé publics, en particulier dans les zones rurales. En outre, les populations se sentent plus à l'aise et ont davantage confiance quand les informations, traitements et conseils proviennent de ces praticiens plutôt que d'agents de santé publics.

Il existe dans le pays un vaste commerce non réglementé de médicaments, exacerbé par le manque de services de santé disponibles. Le coût élevé des services publics se traduit souvent par l'automédication¹⁰ et les médicaments sont généralement achetés sans ordonnance dans les rues. Des médicaments contrefaits sont produits localement et

vendus moins cher que ceux des pharmacies. Ils représentent un réel danger pour les consommateurs. En effet, il n'est pas possible de déterminer avec précision les substances utilisées et si elles correspondent aux symptômes du patient. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime a apporté son soutien à des institutions maliennes telles que l'Office Central des Stupéfiants et la Brigade d'intervention mobile dans leurs efforts pour mettre fin au commerce des médicaments de contrefaçon³⁷.

RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES

Malgré les efforts de communication déployés pour promouvoir l'utilisation des services de santé de l'État, leur fréquentation est faible. En dépit d'un taux de mortalité maternelle très élevé, 80 % des femmes ont bénéficié de services de soins prénatals proposés par des professionnels de la santé officiels et 46 % des femmes se sont rendues quatre fois ou plus dans des maternités.² Les agents de santé formés ne s'occupent que de 67 % des naissances¹. Cette faible fréquentation des cliniques est plus courante chez les femmes des milieux ruraux, qui ont neuf fois plus de susceptibles de ne pas chercher à bénéficier de soins prénatals et quatre fois plus d'accoucher à domicile³⁸. Ces inégalités sont exacerbées dans le cas des éleveurs bergers nomades tels que les Touaregs, les Maures et les Peuls qui, en raison de leur mobilité, ont un accès physique réduit aux services de santé. Les aspects liés à la problématique hommes-femmes jouent un rôle important. Dans certains contextes en effet, la possibilité des femmes de se rendre seules ou non aux cliniques dépend de la volonté des conjoints, des membres de la famille ou des dirigeants communautaires de sexe masculin, ce qui peut conduire les femmes à ne demander de l'aide pour l'accouchement qu'en cas de complications³⁹.

Comme indiqué plus haut dans la description des établissements de santé publics, le manque d'accès physique aux cliniques, associé à l'image d'une offre de piètre qualité et à la participation des patients aux frais fait que les populations sont bien moins enclines à s'y rendre. Cette participation aux frais a eu pour conséquence une diminution du recours aux services de santé et un retard dans la demande des soins, ou encore des soins incomplets ou inadéquats. De ce fait, lorsque la population a dû se tourner vers les cliniques publiques et s'acquitter des frais d'utilisation, elle a dû faire face à une insécurité alimentaire et à des difficultés financières, en particulier les populations pauvres⁴⁰. La distance par rapport aux postes sanitaires et les difficultés liées au transport jouent un rôle crucial pour déterminer dans quelle mesure la population est disposée à se rendre dans les cliniques publiques. Dans le cas des services de santé maternelle dans les zones rurales du Mali, le lieu de vie n'est pas le seul point déterminant en matière d'utilisation des services, les voisins le sont également. Vivre à proximité immédiate d'autres femmes

ayant eu recours à des formes modernes de soins prénatals a considérablement augmenté les probabilités de se faire soigner dans une clinique publique⁴¹.

Malgré les recherches sur l'accès à la santé reproductive et les pratiques en matière de soins chez les femmes enceintes, on manque de documentation à jour sur d'autres questions de santé, tant concernant les voies possibles que les cadres locaux.

Interprétations de la maladie et de la santé

Les maladies sont définies en termes vernaculaires et, en cas de maladie, les populations ont recours à des remèdes maison et aux soins des guérisseurs traditionnels au sein de la communauté. Dans de nombreux cas, elles se tournent vers les établissements de santé après l'échec des traitements familiaux traditionnels⁴². Les cadres traditionnels maliens de la maladie comprennent^a les éléments suivants.

- Chez les Bambaras, la maladie et le malheur sont étroitement liés. La maladie est perçue comme quelque chose qui « vous attrape » ou comme l'introduction d'un « corps étranger » dans l'organisme.
- Lorsqu'on parle de maladie, les gens peuvent évoquer :
 - la localisation de la maladie — *par exemple kònòdimi*, douleurs abdominales (*kònò* — abdomen, et *dimi*, douleurs) ;
 - l'altération d'organes — *par exemple kònòtinyè*, ventre abîmé (*kònò* signifiant ventre de grossesse et *minuscule*, détruit ou abîmé). Ce terme est utilisé pour décrire les fausses couches ;
 - le dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction physiologique — *par exemple kònòboli*, fuite du ventre (également appelé *kònòkari*) serait un terme générique pour la diarrhée ;
 - la description de la maladie par l'organe qu'elle affecte, *par exemple kolo*, c'est-à-dire dent ou os, faisant référence à toutes les pathologies liées à la dentition, y compris la diarrhée associée ;
 - le comportement du patient — *par exemple kilikilimasan* (*kilikili*, tremblement et *masan*, griffures), se référant à l'épilepsie (également appelé *binnibana* ou *taakabibana*) ;

^a Pour un examen approfondi des pratiques en matière de soins au Mali, se reporter au volume édité par Brunet-Jailly (1996). ⁴³ La plupart des étymologies et étiologies de cette sous-section se réfèrent à cette ressource.

- o la ressemblance à autre chose, par exemple *nyònin* (*nyò*, millet, et *nin*, diminutif), se référant à la rougeole.

Il existe d'autres façons de définir la maladie sur le plan de l'étiologie :

- La maladie causée par les oiseaux, appelée *kònònyama*, malédiction de l'oiseau (*kònò*, oiseau, et *nyama*, force maléfique agressive). Chez les Dogons et les Bambaras, certaines maladies sont attribuées à une malédiction lancée par un oiseau mythique. Ces maladies sont parfois appelées en médecine moderne tétanos néonatal ou convulsions, en raison du paludisme par exemple. Il est important de noter que ces étiologies non biomédicales n'empêchent pas nécessairement le traitement biomédical. Dans le cas des femmes enceintes, elles doivent siffler lorsqu'elles entendent le cri de l'oiseau pour éviter que celui-ci « prenne » le fœtus. Elles doivent aussi jeter une pierre devant elles lorsque cet oiseau croise leur chemin. Elles auraient ainsi chassé le *nyama* de l'oiseau *qui sans cela aurait pu être transmis à l'enfant*⁴⁴.
- La maladie transmise par la faune/gibier, *sogonyama*, le sort de gibier (de *sogo*, gibier ; animal, viande et *nyama*, force agressive du mal) désigne les mêmes signes que le terme précédent, à la différence qu'ici, en plus des syndromes convulsifs, d'autres manifestations sont observées, notamment dermatologiques (par ex : eczémas suintants). Elle est attribuée à la chasse pratiquée sans précautions préalables, ou au fait que les mères aient mangé des animaux particuliers.

Une autre terminologie est utilisée pour la maladie qui combine la cause et les symptômes. Certaines maladies sont attribuées à la transgression d'interdit. Par exemple, *le tananyèdimi* (de *tana*, ou *tinè*, interdit, totem, et *nyèdimi*, maladie oculaire) est une maladie oculaire liée à la transgression de règles particulières.

Enfin, une terminologie de la maladie peut relier deux types de classifications, l'une étant la cause de l'autre. Par exemple, *nyòninkònòboli*, est utilisé pour décrire la diarrhée liée à la rougeole (de *nyònin*, rougeole, et *kònòboli*, diarrhée). Un autre exemple serait *le maranyèdimi*, une maladie oculaire liée au mara (*mara*, maladie polysymptomatique, probablement onchocercose, et *nyèdimi*, maladie)

La maladie ou le malheur au niveau individuel ou collectif ont toujours une raison d'émerger, une cause à identifier, car ces choses « n'arrivent pas simplement par hasard ». C'est le rôle de la divination de déterminer la cause ultime du malheur et de recommander des stratégies pour y remédier. Les Bambaras s'appuient sur les catégories étiologiques suivantes :

- Maladies naturelles, de Dieu ou dues à la fatalité. Les maladies naturelles sont celles qui peuvent s'expliquer par des facteurs matériels externes (par exemple le froid), et les maladies de Dieu et celles liées à la fatalité (qui peuvent se recouper) sont attribuées au destin ou sont l'œuvre de Dieu.
- Les théories humorales de la maladie liées au chaud et au froid sont courantes chez les Touaregs Kel Alhafa et les Bambaras. L'équilibre des forces chaudes et froides est façonné par l'environnement, les conditions de vie et la nutrition. Certaines maladies apparaissent lorsque cet équilibre est perturbé¹.
- Les maladies dues à la violation d'interdit, qui peuvent être liées à des restrictions de comportement sexuel, à des restrictions alimentaires ou à la chasse (comme indiqué ci-dessus).
- Les maladies liées aux personnes méchantes, soit directement, par fétichisme ou *tere* (une force intérieure des personnes qui peut causer le malheur ou le bien-être indépendamment de la personne qui le porte). Cela inclut le travail de *maajuguw* ou *mògòjugu* (*maa* ou *mògò*, personne, et *jugu*, méchante, mauvaise), des personnes qui sont susceptibles de nuire à la santé ou au bien-être de quelqu'un. La maladie est définie comme l'œuvre de l'homme, maladie de main d'homme : *maabolobana*, (*maa*, personne, *bolo*, main, et *bana*, maladie). Elle provoque normalement des hémorragies aiguës ou chroniques, ainsi que des accidents et des décès brutaux, et elle engendre généralement d'autres explications ultérieures. Selon la croyance, des sorciers mangent ou consomment le corps de leurs victimes avant leur mort.
- Les maladies dues aux ancêtres : les ancêtres coexistent avec les vivants sur la terre et font l'objet d'offrandes et de sacrifices. Quand les ancêtres sont mécontents des vivants, leur colère peut créer une maladie appelée *suminè* (*su*, mort, et *minè*, attraper). Parfois, cela se traduit par une agitation du patient avec délire et des maux de tête qui peuvent conduire à la mort.
- La maladie causée par *Jinni*, *jinèbana*. Ce sont des esprits de la brousse qui coexistent avec les humains. Ils peuvent être appelés *kungofènw* (choses de la brousse) ou *sigijiènw* (choses qui s'installent à l'intérieur). Ces *Jine* sont souvent les protecteurs de la communauté. Plusieurs pathologies de la santé mentale leur sont associées.
- Les maladies transmissibles. Elles sont appelées *bana yèlèmataw* (de *bana*, maladie, *yèlèma*, transmettre, *taw*, qui subissent l'effet), quel que soit le mode de transmission. Elles s'inscrivent dans les catégories suivantes :
 - *finyèbana*, la maladie du vent désigne généralement une maladie infectieuse à caractère épidémique, comme la rougeole (*nyònin* - petit mil), *la keteketenin* ou *la ketekete* se rapportant à la coqueluche, ou *la kapasajabana* faisant référence aux maladies qui entraînent une raideur du cou telles que la

méningite. On sait que ces maladies se transmettent d'un patient à l'autre par l'intermédiaire du vent ou des mouches ;

- o *bana yèlèmata*, une maladie héréditaire ou sexuellement transmissible.

Lors de la détermination des taxonomies, il est important de déterminer l'utilisation différente du langage pour la maladie en question dans multiples langues et la façon dont elle est attribuée à différentes maladies et étiologies. Par exemple, *sumaya* qui signifie « ralentir » est couramment utilisé en Bambara et fait référence à l'activité intellectuelle et physique. D'autres guérisseurs bambaras parleront de *Nènèdimi* (fièvre) ou de *farigan* (corps chaud) (Diarra et al 2012). Le paludisme est en principe attribué à l'ingestion de nourriture, à la transmission par les moustiques, aux mauvaises conditions de vie ou à la saison des pluies. Dans le cas de la schistosomiase, il a été constaté que le Bambara utilisait deux mots pour désigner la schistosomiase urinaire : *sukunè/gnèguènè* (urine) *bleni* (rouge) et *damadialan* signifiant littéralement infection des voies urinaires. Le nom utilisé pour la schistosomiase intestinale est *konona* (dans l'estomac) *damadialan* (schistosomiase) qui peut être traduit par la forme de la maladie dans l'estomac.

Dans les croyances des Bambaras/Bamanans, le groupe ethnique majoritaire au Mali, les communautés cherchent d'abord à connaître l'origine de la maladie à un niveau mystique avant de chercher le traitement approprié dans les plantes et auprès du guérisseur rituel ou du praticien traditionnel. Sur le plan étiologique, dans le contexte de ce groupe, la divination est une pratique courante pour déterminer la cause des maladies et en rechercher le remède⁴⁵.

Décisions en matière de santé

Les hommes de la famille, le mari ou les aînés décident généralement quels services de santé externes consulter, le cas échéant, indépendamment du membre de la famille concerné. Selon l'enquête démographique et de santé de 2018, environ 37 % des femmes ont participé à au moins une décision du ménage en général. Au total, 28 % des femmes ont déclaré avoir pris part à la décision de rendre visite à leurs proches et 20,5 % à la décision concernant leurs propres soins de santé⁴⁶. Si les rôles liés au genre sont strictement définis dans l'ensemble du pays et des groupes sociaux, les femmes issues de certains groupes ethniques (par exemple les Touaregs et les Peuls) peuvent jouir d'une plus grande liberté de décisions en matière de santé. Les acteurs de la riposte doivent trouver des moyens d'impliquer les hommes, qui ont davantage de pouvoir décisionnel et de liberté d'accéder aux informations en dehors du foyer, mais aussi les femmes qui, bien que moins libres de prendre des décisions, s'intéressent vivement à la santé de leur famille et prodiguent plus souvent les soins à domicile.

ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PRÉPARATION

RISQUE DE MALADIE, VULNERABILITÉ ET VACCINATION

Le Mali fait face à des épidémies régulières et saisonnières de maladies infectieuses endémiques. En 2020 par exemple, le pays a connu la fièvre hémorragique de Crimée-Congo à Mopti et Douentza, la fièvre jaune à Bougouni et Kati, le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale et une augmentation de la charge de cas de paludisme dans le nord du pays. Plus de 400 cas de rougeole ont également été rapportés au cours de cette même année⁴⁷. Le Mali a en outre connu d'autres maladies notables de prévalence plus faible comme la tuberculose (avec une incidence de 55 cas/100 000 habitants), le VIH/sida (avec une prévalence de 1,2 %, inférieure à celle de la plupart des pays voisins), la schistosomiase, l'onchocercose, la dracunculose, la filariose lymphatique et les helminthes transmis par le sol⁵.

Maladies évitables. La rotation rapide du personnel de santé et les difficultés à disposer de services opérationnels dans les zones de conflit du centre et du nord du pays entravent une couverture vaccinale généralisée contre les maladies évitables. Par exemple, selon l'enquête démographique et de santé de 2018, seulement 69,8 % des enfants sont vaccinés contre la rougeole. Cette couverture vaccinale insuffisante a entraîné des épidémies de rougeole et de coqueluche (2018) et de fièvre jaune (2019). Le caractère extrêmement centralisé des systèmes d'alerte précoce a rendu les programmes de vaccination moins réactifs et adaptables. Des épidémies de dengue, de fièvre hémorragique de Crimée-Congo, de fièvre de la vallée du Rift et de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale sont survenues et s'expliquent par la faiblesse des ressources du système de santé communautaire et l'accès humanitaire limité⁴⁷. La pandémie de COVID-19 a perturbé les activités de vaccination de routine, en interrompant les services et en compliquant le commerce international des vaccins, ce qui a exacerbé l'apparition de ces maladies évitables⁵.

Les cas de méningite sont en hausse. En 2018, le Mali a connu une augmentation de 29,35 % des cas suspectés de méningite (758). Les cas de rougeole sont passés de 26 cas en 2017 à 476 en 2018, soit une augmentation de 20,35 %. La prévalence du paludisme varie d'une région à l'autre, allant d'un minimum de 1 % à Bamako à un maximum de 30 % dans la région de Sikasso⁶. La prévalence de la maladie au Mali chez les enfants de moins de 5 ans était de 19 % en 2018. Le paludisme est plus fréquent dans les régions du sud et du centre et son taux maximal de prévalence (30 %) est enregistré dans la région de Sikasso⁴⁸.

Une surveillance épidémiologique a ensuite attribué l'épidémie de fièvre jaune à une faible couverture vaccinale dans les localités touchées de Kati (80 %) et Manakoro (88 %). En réponse, les autorités maliennes ont mené une recherche active de cas et mis en place des activités de communication sur les risques et d'engagement communautaire⁴⁹.

Malgré les revers mentionnés ci-dessus en termes de vaccination contre la rougeole, la vaccination est l'une des stratégies privilégiées par les autorités sanitaires maliennes et l'un des points forts du Mali en matière de préparation aux épidémies selon le programme Prevent Epidemics. Les résultats obtenus concernant l'élargissement de la couverture vaccinale sont satisfaisants, à l'exception de la faible couverture vaccinale contre la rougeole précisée ci-dessus. Le Ministère de l'hygiène publique déclare que leurs objectifs vaccinaux sont atteints, par exemple pour le BCG : 99 % ; le VAR/AAV : 90 % ; le PENTA3 : 95 % ; le Td2 : 90 % ; le VPI/VPO : 95 % ; le PCV13 : 95 % et le ROTA : 95 %. Examiné par région et par type de vaccin, ce résultat révèle néanmoins des disparités⁵⁰.

Cas de rougeole. La vaccination contre la rougeole fait partie des programmes de vaccination systématique pour les enfants au Mali. Parallèlement à la fourniture de divers articles pour prévenir le paludisme (tels que des moustiquaires), le système d'État met en place des campagnes de vaccinations qui sont déployées de manière verticale au moyen de la structure précisée ci-dessus. À la différence d'une approche axée sur le système de santé, la nature verticale de ces campagnes signifie qu'au lieu de renforcer le système de santé, elles perturbent les services de santé normaux fournis par les CSCoM et suppriment la possibilité d'offrir un éventail de services plutôt qu'une seule vaccination qui peut ne pas être une priorité pour la population⁵¹. Une vaccination d'urgence peut également s'avérer nécessaire en cas de pics, par exemple de rougeole, afin d'éviter la survenue d'épidémies. Ces vaccinations d'urgence sont souvent le résultat de la collaboration du Ministère de la santé avec des ONG internationales telles que Médecins Sans Frontières (MSF).

Assainissement. Le manque d'infrastructures d'assainissement et d'eau propre est un facteur majeur du risque de maladie. Près de 7 ménages sur 10 ont accès à une source d'eau potable améliorée (95 % des ménages urbains contre 62 % des ménages ruraux). Plus de la moitié des ménages (55 %) utilisent des installations d'assainissement améliorées, y compris des installations partagées et non partagées. Plus d'un tiers des ménages (35 %) utilisent des installations non améliorées et 9 % n'en disposent pas.² Les zones rurales sont touchées de manière disproportionnée par le manque d'infrastructures WASH, avec un taux de défécation en plein air de 15,4 %.⁵² Cette situation est exacerbée dans les zones de conflit du centre (Mopti et North Ségou) et du nord (Gao/Ménaka, Tombouctou/Taoudénit et Kidal), ce qui entraîne la destruction des

infrastructures WASH et des déplacements internes prolongés qui exercent une pression sur les installations existantes. Par exemple, à Gao et Kidal, l'accès à l'eau potable est respectivement de 31 % et 40 % alors que la moyenne nationale est de 68 %⁵². Ces pressions sur les infrastructures WASH augmentent le risque de maladies oro-fécales comme le choléra. La préparation doit donc être principalement axée sur la démocratisation de l'accès durable à une eau propre est une structure d'assainissement dans les zones touchées.

Migration. On observe des migrations transfrontalières et saisonnières à des fins commerciales ou professionnelles et des mouvements transfrontaliers d'éleveurs nomades à la recherche de points d'eau et de pâturages. Certaines personnes utilisent encore des routes traditionnelles allant du nord au sud du Mali et aux pays côtiers d'Afrique de l'Ouest. Or, ces personnes en déplacement sont confrontées à une insécurité croissante à la frontière. De ce fait, les migrants peuvent également contribuer involontairement à propager les épidémies. Par exemple, la fièvre de la vallée du Rift a été importée du Niger en raison du trafic reliant la route Niamey-Gao, populaire auprès des entreprises de transport du Mali, du Niger et du Nigéria.

Zoonoses. Comme dans d'autres pays du Sahel, les moyens de subsistance ruraux et la comptabilité nationale du Mali dépendent fortement de l'élevage. Le Mali est le deuxième pays d'élevage de la région de la CEDEAO (avec plus de 10 millions de bovins, 36 millions d'ovins et de caprins ainsi qu'un million de chameaux). Ces animaux sont susceptibles de traverser les frontières à la recherche de pâturages et d'arriver sur le marché, ce qui rend possible la propagation régionale des zoonoses. Les zoonoses les plus importantes au Mali (en termes d'impact économique et de santé publique) sont l'anthrax, la tuberculose bovine, la rage, les fièvres hémorragiques virales (fièvre hémorragique Crimée-Congo, Ebola, Lassa, Marburg, fièvre de la vallée du Rift, fièvre jaune) et la grippe zoonotique⁵³.

Tableau 1. Épidémies importantes au Mali entre 2000 et 2021

Maladie	Années de flambées épidémiques majeures	Contexte
Méningite	1996-1997, 2009-2010, 2014	Pendant la saison sèche entre décembre et juin, les vents de poussière, les nuits froides et les infections des voies respiratoires supérieures augmentent le risque. La transmission de <i>N. meningitidis</i> peut être facilitée par la surpopulation et les déplacements.
Choléra	2003, 2004, 2005, 2011, 2002	Les flambées se sont propagées le long du fleuve Niger au Mali (à Bamako, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao) et dans le fleuve Sénégal à Kayes, où l'accès à l'eau propre et à

		l'assainissement est limité, par exemple dans les communautés déplacées ⁵⁴ .
Rougeole	2003, 2015, 2019, 2020, 2021	Des épidémies de rougeole surviennent presque chaque année à travers le pays. Malgré l'augmentation de la couverture vaccinale au fil des ans, les taux de vaccination (actuellement de 68 %) demeurent insuffisants pour atteindre l'immunité collective. Épidémies liées aux zones de conflit, par exemple dans la région de Tombouctou.
Polio	2020, 2021	Petits foyers de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, liés à une couverture insuffisante de la vaccination antipoliomyélitique. Des campagnes de vaccination orale de masse ont été menées en 2021.
Fièvre jaune	2005, 2006, 2018, 2019	Associée à la saison des pluies et à la faible couverture vaccinale. Transmise par les moustiques, d'où l'importance des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Présente actuellement à Bougouni et Kati.

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

POPULATIONS VULNERABLES

Les femmes et les enfants sont les plus exposés aux maladies et à leurs conséquences. Ce segment de la population se caractérise par une morbidité et une mortalité élevées. Au Mali, les femmes sont légèrement plus touchées que les hommes en raison des contraintes qu'elles subissent en matière de mobilité, pour des raisons physiques, économiques et culturelles (voir plus haut). Les femmes ont plus de difficultés pour accéder aux informations sur la santé, sont moins susceptibles de gérer leurs propres finances et de prendre des décisions autonomes concernant le recours aux soins de santé.⁵⁵ Les enfants sont plus enclins à avoir des problèmes de santé mettant leur vie en danger, par exemple s'ils sont infectés par le paludisme, et sont particulièrement vulnérables aux maladies évitables lorsque les couvertures vaccinales sont inadéquates, comme c'est le cas pour la vaccination contre la rougeole.

Migrants, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et réfugiés : les populations qui vivent dans des régions en conflit ou qui sont déplacées par des conflits sont les plus vulnérables. Des logements inadéquats, l'absence d'infrastructures WASH adéquates (ou le fait qu'elles soient surchargées), les mouvements constants de population rendent les communautés d'accueil et les personnes déplacées à l'intérieur du pays vulnérables à l'infection. Les personnes qui résident dans des camps et ceux qui vivent dans des familles d'accueil sont particulièrement vulnérables. Le pays compte près de 50 000 réfugiés et 350 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays. La violence étatique, les forces militaires étrangères internationales, les groupes armés et les conflits interethniques déplacent les populations et les rendent vulnérables aux maladies. Les

populations des établissements surpeuplés comme les prisons sont également vulnérables à la maladie, comme la COVID-19²⁴.

Éleveurs bergers nomades : des peuples comme les Touaregs, les Maures et les Peuls sont vulnérables en raison de leur mobilité, car ils ont un accès physique réduit aux services de santé. Parmi les obstacles aux soins de santé figurent ces difficultés liées au transport et la perception d'une qualité médiocre et d'un coût élevé. Les populations nomades n'ont pas accès aux interventions de santé communautaires. Les cliniques de santé mobiles se sont avérées utiles pour atteindre les éleveurs bergers nomades, qui les ont perçus comme répondant à leurs besoins, et ont favorisé une plus grande appropriation communautaire des services²⁷.

Pauvreté et conditions préexistantes : la COVID-19 a mis en évidence la façon dont les conditions préexistantes, souvent liées à la pauvreté et à la discrimination, rendent certains groupes sociaux plus vulnérables à l'infection et à l'impact de la maladie sur la santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques (comme les maladies non transmissibles telles que l'hypertension ou le diabète) ou de malnutrition sont plus susceptibles d'être affectées par d'autres maladies infectieuses comme la COVID-19⁵⁶. Le VIH/sida joue également un rôle important dans la vulnérabilité aux maladies, la prévalence étant la plus élevée parmi les femmes (en particulier les travailleuses du sexe) et les jeunes⁵⁷.

GOVERNANCE EN MATIERE DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Le gouvernement malien est doté de structures de surveillance des maladies et de riposte aux épidémies. Le Mali dispose d'un département chargé de la surveillance épidémiologique, qui élabore des documents de politique générale, des stratégies et coordonne la mise en œuvre des activités. Ce département travaille avec une unité nationale et des comités de crise.

Les aspects opérationnels sont gérés par les principaux instituts de recherche sous la direction du Ministère de la santé. En août 2001, le Mali a créé le *Centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM)*, dédié à la préparation et à la riposte aux épidémies. Ce centre a pour mission de dispenser une formation médicale continue, d'encourager la recherche sur les maladies endémiques et épidémiques ainsi que de mener et diffuser des recherches sur la lèpre, le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, l'onchocercose, la trypanosomiase et d'autres pathologies telles que la grippe aviaire⁵⁸.

Afin de renforcer l'efficacité de ses efforts de surveillance épidémiologique, le Mali a décidé en juillet 2019 de créer un institut de recherche unique appelé l'*Institut National de Recherche en Santé publique INSP (INSP)*. Il est le fruit de la fusion du CNAM (mentionné ci-dessus), de l'Institut National de Santé Publique, du Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant, de l'Agence Nationale de Sécurité Alimentaire, du Centre de développement de vaccins, du Centre national de la grippe, du Centre de pharmacovigilance et du Département des Opérations des Urgences en Santé Publique du Centre National d'appui à la Lutte contre la Maladie.

La gouvernance de la riposte aux épidémies et aux flambées épidémiques est la prérogative de l'État ainsi que de ses partenaires techniques et financiers. En réponse à une pandémie majeure comme la COVID-19, le cabinet du Premier ministre supervise le Comité de coordination technique (CCT) et le Comité consultatif scientifique (CCS). Le CCT fournit une orientation stratégique et des lignes directrices fondées sur des données probantes aux fins de la gestion de la pandémie. Il coordonne les activités multisectorielles à l'échelle du pays, par exemple la police, la sécurité aux frontières, les services vétérinaires, les communications nationales, le milieu universitaire et la société civile.

La riposte à la COVID-19

Le CCT est codirigé par le Coordonnateur du Comité national d'intervention contre la COVID-19 et le Coordonnateur de la Plateforme nationale pour la gestion des risques (dirigée par le Ministère de la sécurité intérieure et de la protection civile). Les recommandations du CCT sont examinées et adoptées lors de réunions interministérielles dirigées par le Premier Ministre⁵⁹.

Le CCS a pour mission la gestion scientifique. Il est composé de scientifiques et de spécialistes en recherche clinique qui se réunissent chaque semaine pour évaluer l'état de l'épidémie et faire des recommandations au Ministère de la santé sur les questions opérationnelles liées à la COVID-19, y compris sur les normes locales en matière de soins et les priorités de recherche. Des représentants du CCS participent au Conseil supérieur de la Défense Nationale en vue de guider le Président du Mali sur les décisions stratégiques concernant la COVID-19, y compris le couvre-feu, les fermetures d'écoles et les confinements. Au sein du Ministère de la santé, un comité complémentaire d'experts en la matière issus de différents départements du Ministère de la Santé a été créé pour superviser le contrôle et la surveillance⁵⁹.

Le gouvernement a mis en place un comité de crise (Comité de Crise COVID-19) dans le but de déployer un plan d'intervention d'urgence en réponse à la pandémie. Ce comité

fait office de point de contact et de conseil tant pour les autorités administratives que pour la population ; il tient des réunions régulières pour faire le point sur l'évolution de la situation, assure avec les équipes médicales l'imposition de quarantaines, suit les cas suspects, gère les cas positifs et veille à ce que l'unité de soins épidémiques soit fonctionnelle.

Dans les régions et les districts, le *Comité de Crise COVID-19* coordonne les activités de préparation et de riposte. Dans tout le pays, des équipes d'intervention rapide ont été mobilisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, renforçant ainsi la surveillance épidémiologique, assurant la mise à disposition de fournitures adéquates aux établissements de santé, l'élaboration de lignes directrices et de protocoles, la documentation des cas et la logistique. Le comité soutient également les capacités opérationnelles des points d'entrée frontaliers⁶⁰.

Surveillance

La surveillance épidémiologique du Mali part du principe que les communautés doivent détecter et confirmer les cas afin d'améliorer la riposte. Inspirée de l'initiative « Une seule santé », la stratégie s'intitule Surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC).⁶¹ Conformément à la structure pyramidale, les données épidémiologiques sont transmises du niveau communautaire au niveau central via le Système d'information pour la gestion sanitaire de district 2 (DHIS 2). Les agents de santé communautaires (*appelés relais communautaires*) et les guérisseurs traditionnels sont responsables de la surveillance épidémiologique communautaire au niveau des structures de santé communautaire.⁶² La surveillance communautaire en particulier concernant l'atteinte de *tous les CSCom* et la capacité à tous les niveaux de produire et de partager des données fiables doivent encore être améliorées. En outre, le Mali assure d'autres formes de surveillance dans le respect des normes de l'OMS : surveillance de routine, surveillance sentinelle, surveillance active/enquêtes ad hoc, surveillance au cas par cas, etc. Le Mali s'appuie sur le guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) de l'OMS.⁶³ Les documents ne permettent pas de confirmer si le respect de ces lignes directrices a permis d'améliorer la surveillance des épidémies. Cet outil permettra de suivre l'évolution des maladies, de hiérarchiser les investissements en santé publique, de détecter les menaces infectieuses émergentes et d'évaluer l'impact des interventions de riposte⁶⁴. Le système de surveillance prend également en compte le déplacement des populations, en contrôlant les points d'entrée aériens, terrestres et fluviaux grâce à des personnels de santé déployés pour détecter les cas suspects⁶⁵.

Le système d'information sanitaire du pays a subi plusieurs changements et réformes depuis son indépendance jusqu'à nos jours. À l'origine, les informations sur la santé

étaient fragmentées en raison du cloisonnement des différents systèmes avec une gestion des données éclatée entre différents partenaires. Ceci a engendré un manque de coordination dans la gestion de ressources limitées (par ex., les finances ou les ressources humaines) avec pour conséquence des données sur la santé inutilisables lors de la prise de décisions. Comme d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, le Mali a adopté le système DHIS 2 (financé par USAID), pour normaliser la collecte et le retour d'informations du niveau opérationnel au niveau central. Le DHIS 2 permet désormais d'entrer et de commenter des données en temps réel à tous les niveaux de la pyramide de la santé, de les analyser et d'établir des rapports en temps réel. Il offre également la possibilité de surveiller adéquatement l'évolution des maladies⁶⁶.

Le Mali travaille à la mise en œuvre de la SIMR et à la consolidation du DHIS 2 et organise ce système qui intègre une meilleure surveillance des maladies, la gestion des ressources humaines, la logistique et la gestion des stocks. Mais le manque de ressources humaines, la mauvaise coordination entre les différents acteurs, le sous-investissement et l'absence de capacités dans les régions frontalières freinent la consolidation du système d'information sanitaire pour la riposte aux maladies.

Un autre problème tient au fait que le secteur privé n'est pas intégré dans le système national d'information sanitaire et que les données qu'il fournit aux autorités nationales sont rarement fiables et à jour. Ce manque de coordination entre les secteurs public et privé a eu des conséquences sur la riposte aux épidémies. Par exemple, lors de la riposte à Ebola, la consultation des patients atteints par le virus dans une clinique privée a été notifiée à la communauté nationale de crise alors que plusieurs professionnels de la santé de la clinique avaient déjà été infectés²³.

EXPERIENCE EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

L'expérience d'Ebola pendant la pandémie d'Afrique de l'Ouest de 2014-2016 a mis en évidence une gouvernance réussie en matière de riposte, un exemple pour d'autres pays^{b,67}. Le Mali a réussi à contenir Ebola dans ses frontières, avec 8 cas et 6 décès. En octobre 2014, le pays a détecté le premier cas dans la région de Kayes, à la frontière de la Guinée Conakry. La surveillance, la recherche active de cas et les activités de préparation avaient déjà été intensifiées, avec un renforcement aux points de passage des frontières avec les pays touchés. Ces efforts comprenaient une prise de température et un lavage

^b. Pour une description détaillée de la gouvernance à plusieurs niveaux et de l'éradication réussie d'Ebola au Mali, voir <https://www.afro.who.int/news/government-mali-and-who-announce-end-ebola-outbreak-mali>

des mains pour les voyageurs ainsi que la collecte d'informations et la communication d'informations sur la santé à ces derniers. Le Mali a également formé du personnel et échangé des informations avec les pays voisins. L'hôpital de Kayes a informé avec succès les autorités sanitaires régionales et nationales, a assuré l'isolement des patients et le lavage des mains. Pour détecter le virus Ebola (confirmé par le CDC), le laboratoire SEREFO disposait déjà d'un personnel formé et d'équipements en raison de son expérience de la tuberculose et du VIH/sida, et a donc communiqué rapidement des résultats pour une recherche et un suivi appropriés des contacts. La collaboration avec le groupe de coordination de la riposte à Ebola a été efficace, y compris les partenaires nationaux, régionaux et internationaux (organismes des Nations Unies telles que la MINUAUCE, la société civile, les ONG, etc.). Le Centre d'opérations d'urgence du Ministère de la santé a géré la riposte, le CDC a soutenu la recherche et le suivi des contacts tandis que MSF a épaulé les centres de traitement Ebola. L'UNICEF a facilité la communication technique et la mobilisation sociale. Le succès des interventions était le fruit de la collaboration des autorités officielles avec ces organismes et, surtout, d'un travail approfondi avec les chefs religieux, communautaires et familiaux et dans les écoles. Le dialogue communautaire a été mis en œuvre de porte-à-porte et au niveau communautaire. La collaboration des familles maliennes a été déterminante pour l'efficacité de la riposte. Les communautés religieuses (mosquées, associations islamiques) ont joué un rôle majeur, en sensibilisant les populations aux questions essentielles (par exemple autour du lavage des mains) et en mettant en avant les installations et les services de santé

Des centaines d'agents de santé ont été formés à la prévention et au contrôle des maladies, à l'épidémiologie ainsi qu'à la recherche et au suivi des contacts. Des formations ont été dispensées au Centre d'opérations d'urgence et à des journalistes pour la gestion et la cartographie des données ainsi que pour améliorer la coordination des activités. L'équipe d'intervention rapide du Centre de coordination contre le virus Ebola a agi rapidement sur le terrain lorsqu'il y avait un cas suspect, en prélevant des échantillons, en emmenant les personnes au Centre de traitement d'Ebola. Cela n'était toutefois possible que lorsque les communautés avaient été correctement sensibilisées à la question. Le Centre d'opérations d'urgence a également collecté des informations sur des rumeurs et des commentaires de la communauté dans le but d'adapter les messages de la politique de communication.

En 2015, l'épidémie d'Ebola s'est officiellement terminée au Mali. Du fait de la menace d'Ebola, le pays a renforcé les mesures de surveillance et de préparation, la surveillance des frontières et a assuré une recherche et un suivi des contacts ainsi que la mobilisation des communautés. Cette expérience préalable a permis de mobiliser des ressources pour

faire face aux épidémies émergentes subséquentes telles que la COVID-19 (voir ci-dessous). Le Mali a également participé à un essai portant sur le vaccin contre le virus Ebola cAd3 au cours duquel 91 agents de santé ont été vaccinés, faisant de lui le premier pays au monde à tester le vaccin monovalent novateur contre Ebola.

La lutte contre le VIH/sida est également une expérience de santé publique importante au Mali, notamment en termes d'engagement politique. Les autorités politiques et sanitaires ont pris des engagements importants dans la lutte contre la pandémie de VIH/sida, comme en témoigne l'adoption de la loi n° 06-028 du 29 juin 2006 relative aux dispositions en matière de prévention, de soins, de lutte contre l'épidémie et de protection des personnes vivant avec la maladie. Avec le soutien de donateurs internationaux, le gouvernement malien a rendu la thérapie antirétrovirale gratuite. Grâce à ses efforts soutenus depuis plusieurs décennies, le Mali est parvenu à réduire considérablement l'incidence de cette épidémie⁵⁷.

COVID-19

Après la confirmation du premier cas de COVID-19 au Mali en mars 2020, les autorités sanitaires maliennes, sous la houlette du Ministère de la santé, ont mis en place une cellule de crise pour gérer la COVID-19 et ont rapidement élaboré un plan d'action. Le comité de crise se réunit quotidiennement pour coordonner et mettre à jour les activités de collecte d'informations et de riposte, et communique avec le public sur l'évolution de la pandémie. Les activités de riposte ont inclus le renforcement de la surveillance épidémiologique, en particulier aux points d'entrée, la collecte et le retour d'informations en temps réel, et le renforcement des capacités des parties prenantes. La riposte a également investi dans les capacités analytiques des laboratoires. Les centres de santé disposent de stocks de médicaments et d'équipements de protection pour la prise en charge des cas ainsi que de produits de désinfection des surfaces. On ne sait toujours pas si ces activités permettront de contenir ou d'atténuer les futures vagues de COVID-19.

Le Mali réalise également des enquêtes sociologiques pour réajuster les interventions déployées (Ministère de la santé et Ministère des affaires sociales du Mali, 2020). La riposte à la COVID-19 doit s'appuyer sur ces connaissances des dimensions biologiques, culturelles et sociales de la vulnérabilité pour protéger les populations à risque telles que « les sans-abri et les personnes atteintes de maladies endémiques et chroniques, en particulier les personnes vivant avec le VIH ». ⁶⁸ Ces personnes sont également touchées par la perturbation des soins et du traitement liée à la COVID-19. ⁶⁸ Comme indiqué plus haut, les populations des régions en conflit sont particulièrement vulnérables. Des activités de communication sur les risques et d'engagement communautaire ont été déployées pour protéger les populations les plus vulnérables. Dans la région de Mopti, par

exemple, le groupe COVID-19 a aidé les personnes déplacées de la communauté de Koro. L'organisation Catholic Relief Services et leurs partenaires ont distribué des kits de prévention de la COVID-19 (masques faciaux, désinfectant pour les mains, savon et seaux) dans le cadre d'une campagne de sensibilisation à la prévention de la COVID-19⁵⁶.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Cette section explore les aspects médiatiques, de communication et logistiques concernant la riposte aux épidémies. Dans le pays, les téléphones mobiles et les plateformes de médias sociaux occupent une place de plus en plus centrale. Ils étaient utilisés dans le passé pour communiquer sur les risques et mobiliser les communautés. La couverture de la téléphonie mobile a rapidement augmenté au Mali, doublant au cours des dix dernières années. En 2019, 116 abonnements de téléphonie mobile pour 100 habitants ont été souscrits, principalement par des hommes vivant en zone urbaine.¹ L'accès à Internet est relativement faible, avec un taux de pénétration de seulement 24 % en janvier 2020, soit 4,85 millions d'utilisateurs. Le nombre d'internautes ne cesse de croître, avec par exemple une augmentation de 7,5 % entre 2019 et 2020. La plupart des Maliens se connectent à Internet via leur téléphone mobile (68 % des internautes). Dans le pays, 1,7 million de personnes utilisent les médias sociaux, soit un taux de pénétration de 8,5 %⁷⁰,

avec en premier lieu Facebook et WhatsApp. Les médias sociaux jouent un rôle important dans la mobilisation de la société civile et sont un vecteur de dissidence vis-à-vis du gouvernement. Mais, l'État restreint l'accès à ces médias en répression. Les médias sociaux servent par ailleurs à mobiliser les communautés maliennes. Par exemple, alors que le système des Nations Unies adoptait les réunions virtuelles et élargissait le recours à la technologie pendant la pandémie de COVID-19, l'utilisation de Whatsapp pour l'engagement avec les partenaires locaux a été élargie. Par exemple, la MINUSMA (Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali) a lancé « MINUSMA Kounafoni Blon » (vestibule de l'information sur la MINUSMA), mettant à la disposition des différentes régions, et dans leurs langues locales, des discussions ouvertes avec le public sur des thèmes spécifiques⁷¹.

Il est indispensable que la communication avec les communautés se fasse dans les langues locales. Le Mali se caractérise par sa diversité linguistique et ses différentes langues correspondant à multiples groupes ethniques (voir annexe). La langue la plus parlée est le bambara, employée par 50,2 % de la population. Viennent ensuite le peul (7,46 %), le dogon (5,84 %) et le soninké (5,19 %). Les autres langues importantes sont le minianka (3,36 %), le tamasheq (parlé par les Touaregs, 2,8 %), le marka (2,09 %) et le

sénoufo (1,82 %). Il existe également d'autres langues minoritaires comme le bozo, le xaasongaxango, l'hassanya et le bankagooma⁷². Le français est la langue officielle, mais seulement 5 à 10 % de la population le parle. Seuls 35,5 % des Maliens de plus de 15 ans sont alphabétisés, avec de grandes disparités entre les sexes (46,2 % des hommes contre 25,7 % des femmes). Chez les jeunes, l'écart entre les sexes s'est réduit avec 57,8 % de jeunes hommes alphabétisés et 43,4 % de jeunes femmes⁷³.

La meilleure façon d'assurer la communication en matière de santé est de s'appuyer sur des canaux populaires et fiables. La radio demeure le média le plus efficace, atteignant plus de 90 % de la population. Il existe des centaines de stations, exploitées par des radiodiffuseurs privés et communautaires, des radios non commerciales et par l'Office de Radiodiffusion et Télévision du Mali (ORTM). Les radios communautaires sont diffusées dans les langues locales des zones rurales et constituent d'importantes sources d'informations jouissant d'une grande légitimité⁷⁴. Les autorités maliennes et le système des Nations Unies s'inquiètent de l'infodémie dans le pays, qui nécessite de lutter contre la désinformation et de fournir des informations fiables. La MINUSMA diffuse par exemple un programme sur Mikado FM visant à combattre les idées reçues. Les auditeurs peuvent poser des questions et recevoir des informations fiables sur la COVID-19, ainsi que des messages de prévention dans les langues locales⁷¹.

La connaissance des réseaux de transport est capitale pour déterminer la vulnérabilité en matière de transmission géographique des maladies infectieuses et prévoir l'apparition de nouveaux clusters. Bien que le nombre de routes asphaltées ait augmenté ces dernières décennies, une grande partie du territoire reste inaccessible en voiture, en particulier pendant la saison des pluies. Les systèmes de transport du Mali sont concentrés dans les régions soudanaises et sahéliennes. Le réseau routier malien relie Bamako aux ports des pays voisins (le Mali étant enclavé). Il permet de rejoindre Abidjan en Côte d'Ivoire, Dakar au Sénégal, Kankan en Guinée, Monrovia au Libéria et Banjul en Gambie. L'axe reliant Dakar est un couloir majeur, et le commerce routier (et ferroviaire) avec le Sénégal a été le plus important ces dernières années. D'autres routes relient Bamako et les capitales régionales. Une route permanente relie Gao et Sévaré (Mali) et fait partie de la route transsaharienne qui connecte l'Algérie et le Nigéria. Les voies ferrées (également touchées pendant la saison des pluies) relient Koulikoro, au nord-ouest, Kayes et Kidira, puis Dakar. Le transport fluvial longe le Niger et le Sénégal, le principal port fluvial étant Koulikoro⁷⁵. Le conflit dans le centre et le nord rend les transports difficiles, tant en termes de sécurité routière qu'en raison de l'interdiction d'utiliser des véhicules à moteur : par exemple, les agences humanitaires doivent livrer des vaccins en ayant recours à des ânes, le transport de motocyclettes ayant été interdit⁷⁶.

GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS

Le Mali a connu une histoire politique tourmentée suite à son indépendance, et notamment plusieurs coups d'État, des régimes militaires, des rébellions de Touaregs, ainsi que des interventions djihadistes et françaises à l'étranger (voir l'annexe)⁷⁷.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, le Mali bénéficie du soutien de plusieurs partenaires techniques et financiers. Ces partenaires se divisent en deux groupes : ceux qui apportent leur soutien aux initiatives politiques et ceux qui appuient la mise en œuvre des interventions. Les initiatives politiques bénéficient de l'appui de partenaires tels que l'OMS, l'USAID, la Banque mondiale, l'UNICEF, le FNUAP, l'OCHA, entre autres. Par l'intermédiaire de la Direction Régionale de la Santé (DRS), l'USAID apporte son aide dans la conception et la mise en œuvre d'un système de surveillance et de gestion des données relatives à l'épidémiologie au Mali. Au niveau de la mise en œuvre, Catholic Relief Services, la Croix-Rouge, le CICR, le CDC facilitent la réalisation d'activités sur le terrain. Dans la riposte à la COVID-19, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et une douzaine de partenaires soutiennent les services de santé du Mali au niveau technique, assurant la mise en œuvre du plan de riposte dans tout le pays. Il s'agit notamment des suivants : Mercy Corps, DRH Gao, l'ONG Global Charity Mali, *Secours Islamique* France, le Comité international de secours, Solidaridad Internacional, International Medical Corps, ACTED, l'ONG DEDI (du Burkina Faso), World Vision, Action contre la faim, Terre des Hommes, l'UNICEF, OIM, le Centre norvégien pour les réfugiés, Welthungerhilfe (WHH) et le Comité international de la Croix-Rouge⁵⁶. Le Programme national de lutte contre le paludisme est appuyé par l'USAID ; sa mise en œuvre au niveau opérationnel a été facilitée par Population Services International (PSI) et le Programme des systèmes pour l'amélioration de l'accès aux produits et services pharmaceutiques (SIAPS)⁷⁸.

Le Tableau 2 présente les diverses structures de direction administratives, traditionnelles et religieuses du pays que les acteurs de la riposte aux épidémies doivent connaître et avec lesquelles ils doivent s'efforcer de collaborer en cas d'épidémie.

Tableau 2. Chefs politiques, traditionnels et religieux au Mali, par niveau administratif

Niveau administratif	Dirigeants politiques	Chefs religieux	Chefs traditionnels
National	Président de la République Président de l'Assemblée nationale Premier ministre	Haut Conseil islamique malien (HCIM) Ligue malienne des musulmans et érudits du Mali (Limama)	Réseau des communicateurs traditionnels pour le développement (RECOTRADE)

	Ministère de la santé et de l'hygiène publique Haut Conseil des Collectivités Territoriales (H.C.C.T)	Église catholique du Mali Église évangélique protestante du Mali	Confédération des associations de tradipraticiens et herboristes du Mali (Cathema), Confrérie des Chasseurs du Mali
Régions (n = 8)	Gouverneurs Présidents des conseils régionaux Président de l'Assemblée régionale Direction régionale de la santé	Organe régional du Haut Conseil islamique malien (HCIM) Organe régional de la Ligue malienne des musulmans et érudits du Mali (Limama)	Les mêmes organisations sont représentées à ce niveau.
Départements (n = 49)	Préfets Président du Conseil du Cercle Médecin en chef du district	Organe local du Haut Conseil islamique malien (HCIM) Organe local de la Ligue malienne des musulmans et érudits du Mali (Limama)	
Communes (n = 703)	Maires Sous-préfet		
Villages (n = 11 540), quartiers		Imams	Chefs de villages Chefs de tribus

Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

RIPOSTES COMMUNAUTAIRES AUX EPIDEMIES ET RIPOSTES OFFICIELLES

Communication sur les risques de maladies infectieuses au Mali : le Ministère de la santé abrite un département spécialisé dans la communication sanitaire, le *Centre national d'information de l'éducation et de communication pour la santé, (CNIIECS)*. Le CNIIECS conçoit et met en œuvre des politiques de mobilisation sociale en faveur de la santé publique. Il produit et partage également des ressources portant sur l'information, l'éducation et la communication (IEC) en matière de santé. Il crée et met en œuvre la communication et les messages des campagnes de santé, diffuse des messages d'éducation sur la promotion de la santé via différents canaux, puis surveille et évalue l'impact de ses activités de communication. Comme mentionné ci-dessus, le CNIIECS a

joué un rôle important dans la lutte contre la désinformation pendant l'épidémie d'Ebola. Il a par ailleurs fourni des informations fiables et sérieuses sur le virus, facilitant l'adoption des mesures mises en place par la population. Le CNIECS assure la communication pour le changement de comportement social ainsi que la surveillance épidémiologique et mobilise les acteurs concernés en fonction de l'épidémie.

En cas d'épidémie, les autorités sanitaires mènent des campagnes de sensibilisation en utilisant divers canaux de communication, y compris les médias traditionnels tels que la télévision et la radio, Internet, des dessins, du théâtre de rue, des crieurs/*griots* urbains, et partagent même des informations sur les écrans de télévision dans les aéroports. Les messages de la riposte sont principalement diffusés à la télévision et sur les stations de radio communautaires. La société civile joue également un rôle important dans les campagnes de sensibilisation, mais son impact est moindre en raison de ressources plus limitées que celles de l'État. Les forces de l'ordre et les forces de sécurité participent peu aux programmes de sensibilisation qui peuvent contribuer à promouvoir le respect des mesures d'ordre public.⁶¹ Les stratégies de communication en réponse à la COVID-19 ont principalement porté sur la diffusion de messages, en vue de renforcer la sensibilisation parallèlement à la distribution de trousseaux d'hygiène⁵⁶. Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les acteurs humanitaires ont recours à trois stratégies : le plaidoyer auprès des dirigeants politiques et de leurs partenaires, la mobilisation sociale des agences humanitaires engagées dans la riposte au paludisme et la communication sur la santé comportementale à différents niveaux.⁷⁸ Au Mali, la création d'un bulletin quotidien a permis de favoriser l'échange d'informations entre les acteurs humanitaires concernés et les parties prenantes⁷⁹.

Travailler avec les relais communautaires et la société civile : la présence de *relais communautaires* et, plus récemment, des *Agents de Santé Communautaires* (voir la section ci-dessus sur les soins de santé publique) a été un atout majeur dans la riposte aux épidémies. Bien que leur nombre soit insuffisant pour un territoire aussi vaste, ces acteurs ont joué un rôle clé dans la réduction de la morbidité et de la mortalité. La *Stratégie de surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC)* s'appuie largement sur les organisations de la société civile et sur ces relais communautaires (dont la mission est similaire à celle des agents de santé communautaires), qui jouent un rôle clé dans les périphéries du système pour mettre en œuvre des interventions sanitaires, mener des actions de sensibilisation et assurer une détection précoce des menaces épidémiques.⁸⁰ Lorsque des épidémies surviennent, des bénévoles sont recrutés au sein des communautés, puis sont formés à la recherche et au suivi des contacts. Par exemple, pendant la pandémie d'Ebola, les autorités sanitaires de l'État, en collaboration avec le CDC, l'OMS et la Croix-Rouge, ont formé 60 volontaires à la recherche et au suivi de

contacts, puis les ont équipés et déployés dans la région de Kayes et dans des zones clés de Bamako⁸¹. La riposte s'appuie également sur les réseaux de la société civile pour mobiliser les communautés. Les réseaux les plus importants sont les suivants : la Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali (FENASCOM), le Réseau des communicateurs traditionnels pour le développement (RECOTRADE), la Confédération des associations de tradipraticiens et herboristes du Mali (Cathema), la Confrérie des Chasseurs du Mali, les chefs communautaires et religieux, les groupes de femmes et de jeunes. Ces organisations aident à sensibiliser et à mobiliser les communautés.

Acceptation des vaccins :

très peu d'études ont été réalisées au Mali sur l'acceptation des vaccins, même lorsque plusieurs essais de vaccin ont eu lieu dans le pays, y compris concernant Ebola, la grippe ou le paludisme. Les informations en sciences sociales sur les vaccins contre les infections à papillomavirus humain (HPV) sont plus nombreuses. Dans ce cas, la réponse a été relativement positive, 80 % acceptant la vaccination après avoir reçu des informations, ce qui indique que la prise de décision (comme on l'a vu ci-dessus) a été influencée par les priorités des pères et du mari⁸², les hommes étant beaucoup plus susceptibles de prendre des décisions de manière autonome. Cela signifie que les hommes doivent être impliqués dans les efforts de mobilisation communautaire en matière de vaccination (ainsi que concernant les problèmes de santé liés à la contraception, à la grossesse et à l'accouchement) afin d'assurer de meilleures issues pour la santé des femmes et des filles⁸³. Le programme PREVAC, qui a mené un essai sur un vaccin contre Ebola, a montré l'importance de l'engagement communautaire. Des agents mobilisateurs communautaires ont été recrutés, y compris des travailleurs et des défenseurs communautaires, ainsi que des personnes qui ont été des exemples dans leur domaine (entraîneurs de football, personnel infirmier, etc.). Ces agents mobilisateurs ont pris part au recrutement et au suivi des participants à l'essai⁸⁴.

Le rapport Wellcome Trust a réalisé des entretiens téléphoniques au Mali pour réfléchir à la question de la confiance dans la vaccination⁸⁵. En raison de la petite taille de l'échantillon, il faut interpréter les résultats obtenus avec prudence et il est capital de comprendre qu'il y aura de grandes disparités entre les groupes sociaux et les zones géographiques au Mali. Selon l'enquête, 66 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles pensaient que les vaccins étaient sûrs et seulement 12 % ont précisé que la science était en contradiction avec leur religion. Lorsqu'il leur a été demandé si elles choisiraient la religion en cas de divergence avec la science, 78 % ont répondu que oui. Cela met en évidence l'importance d'associer les chefs religieux aux campagnes de vaccination. L'enquête souligne également que les familles accordent la priorité à la

vaccination des enfants, 93 % des ménages avec enfants déclarant avoir vacciné leurs enfants au moins une fois.

Ces données sur l'acceptation générale des vaccins concordent avec les retours du programme COVAX de l'OMS en Afrique faisant état d'un fort potentiel d'acceptation des vaccins. Or, dans l'une de ses études, la London School of Hygiene & Tropical Medicine a par exemple signalé que 78 % des répondants en Afrique prendraient un vaccin contre la COVID-19 « s'il était jugé sûr et efficace ». Une enquête approfondie doit toutefois être menée dans l'ensemble des groupes sociaux et des zones géographiques du pays. En effet, certaines enquêtes peu détaillées ont mis en évidence des hésitations potentielles à l'égard des vaccins chez les employés de l'exploitation minière, dont seulement 25 % envisagent de se faire vacciner. Ce phénomène peut toutefois évoluer avec l'augmentation de nombre de personnes vaccinées et de nouveaux rapports confirmant d'absence d'effets indésirables graves.

Parmi les efforts de mobilisation vaccinale concluants, mentionnons : (i) les cliniques de vaccination mobiles qui atteignent les populations les plus éloignées (particulièrement importantes en situation de conflit), (ii) la diffusion d'informations sur le vaccin à l'aide de canaux et d'interlocuteurs de confiance, tels que les chefs religieux, les chefs traditionnels et les agents de santé ; (3) le soutien à la production de matériel d'information adapté aux besoins des communautés en matière d'alphabétisation, de culture et de langue.

Confiance, inclusion et formes locales d'organisation et d'autorité sociales

Les histoires sociales et politiques définissent les relations de confiance entre les citoyens et les acteurs étatiques en matière d'interventions de santé. À l'époque postcoloniale, le caractère centralisé et coercitif de l'État a conduit les communautés à se méfier des cadres de l'État. Depuis 1999, l'émergence des collectivités locales a changé l'organisation en place. Malgré des niveaux différents à l'échelle locale et régionale, le gouvernement local est plus proche de la population et lui est plus accessible, un aspect pris en compte par les cadres de l'État (par exemple préfet, sous-préfet, etc.) ou par son personnel des services techniques. Là où les autorités de l'État et les autorités locales ont collaboré avec des acteurs locaux, des relations de confiance ont été établies avec succès⁸⁶.

Certains groupes sociaux (comme les Touaregs nomades) ont eux des relations plus ouvertement tendues avec l'État par le passé. Les Bambaras (au centre et au sud le long de la vallée du Niger), et dans une moindre mesure les Malinké (au sud-ouest et à l'ouest), ont dominé la vie politique du Mali par leur présence géographique autour de la capitale Bamako et leur éducation occidentale⁸⁷.

La population en général s'inquiète également de la corruption et de l'absence de démocratie, deux phénomènes exacerbés par le coup d'État mené par les militaires en 2020. Selon l'Afrobaromètre, la population considérait que le gouvernement était accablé par la corruption, des services médiocres et l'échec économique. La grande majorité soutenait les militaires (82 %), mais attendait un retour au processus démocratique après le coup d'État. Même les partisans de l'opposition ont le plus souvent confiance dans l'armée (78 %) comme les régions touchées par l'insurrection djihadiste (69 % des personnes interrogées à Gao et 64 % à Mopti ont déclaré faire confiance à l'armée). La confiance dans les acteurs politiques est vraiment faible : une part infime de la population faisait confiance au président (47 %), aux législateurs (37 %), à la coalition au pouvoir (38 %) ou aux partis politiques d'opposition (36 %) dans les mois précédant le coup d'État⁸⁸.

Les **chefs traditionnels et religieux** sont très appréciés au Mali, 83 % des personnes interrogées faisant confiance aux chefs traditionnels et 78 % aux chefs religieux. Plus de la moitié des répondants (55 %) se fient aux autorités locales, telles que les conseils locaux. Les communautés, en particulier dans les zones rurales, se sentent en moyenne mieux représentées par les autorités coutumières que par les autorités publiques élues⁸⁹.

Selon l'enquête Wellcome Trust, seuls 30 % affichent une certaine ou une grande confiance dans les **autorités nationales**. Cependant, plus de la moitié des répondants (53 %) croient les informations sur la santé communiquées par les autorités et 21 % doutent de celles fournies par le gouvernement⁸⁵.

Au Mali, les informations sanitaires les plus fiables proviennent des **médecins et des personnels infirmiers** (61 %), des guérisseurs traditionnels (12 %), des chefs religieux (8 %) et enfin de la famille et des amis (6 %). Près des deux tiers des personnes interrogées (63 %) ont déclaré se tourner de préférence vers les médecins et les personnels infirmiers pour obtenir des conseils médicaux et en matière de santé, contre 21 % qui ne leur font pas confiance. Une grande majorité (77 %) avait confiance dans les hôpitaux et les cliniques du pays, contre 19 % qui s'en méfient.

Les **guérisseurs traditionnels** sont largement reconnus au Mali, avec plus de 80 % de la population qui consulte des prestataires alternatifs de soins de santé.⁹⁰ Selon le sondage Wellcome Trust, 65 % de la population se fient aux conseils de guérisseurs traditionnels en matière de santé.

Société civile. Les organisations de la société civile ont joué un rôle crucial pour représenter les besoins locaux et promouvoir des changements. Le rôle de société civile a été capital pour rassembler les parties belligères en vue de l'accord de paix entre

l'État et l'insurrection touarègue⁹¹. Dans le domaine de la santé, la société civile prend part aux travaux des CSCom, façonnant la mise en œuvre locale des services de santé. Les ONG locales et internationales jouent un rôle important dans la prestation de services de santé d'urgence, y compris dans la riposte aux épidémies. Les organisations à but non lucratif bénéficient de la confiance de 57 % de la population tandis que 21 % s'en méfient. Un peu plus de la moitié des répondants (55 %) estiment que les journalistes communiquent des messages de santé fiables. Il convient de noter que le niveau de confiance varie en fonction des ONG et des organisations de médias. C'est pourquoi une évaluation locale plus poussée des interlocuteurs de confiance est nécessaire.

Stratégies dirigées par la communauté

Les stratégies menées par la communauté sont plus efficaces et elles renforcent la confiance et l'acceptation des programmes nationaux de santé. Bien que le Mali ait commencé à mettre en œuvre des soins de santé gérés par les communautés dans les années 90, on en sait très peu sur les stratégies communautaires dans le contexte de la préparation et de la riposte aux épidémies. Les acteurs clés restent les *relais communautaires*. Ils font partie intégrante du système national de santé et sont chargés de fournir des services de santé de base (par exemple, la fourniture de médicaments) et de diffuser des informations sur la santé au sein de leur communauté. Toutefois, les structures fonctionnelles de surveillance et d'intervention au niveau communautaire font défaut.

Des progrès ont été accomplis récemment dans la mise en place d'une préparation et d'une riposte participatives. Financés par USAID, le gouvernement malien et la Croix-Rouge malienne, ont lancé le « Programme de préparation des communautés aux épidémies et aux pandémies (CP3) » en 2017. Ce programme était axé sur les régions de Koulikoro et de Kayes. Il visait à associer les communautés à la détection précoce de foyers à potentiel épidémique et a renforcé la transmission d'informations en temps réel afin d'empêcher la propagation des maladies. Plus de 16 000 bénévoles communautaires ont été formés pour sensibiliser les communautés à la prévention de la rougeole, de la fièvre jaune, de la fièvre hémorragique virale, de la rage et de l'anthrax. Ils ont organisé des séances de sensibilisation autour de la préparation aux épidémies avec des dirigeants communautaires, des imams, des guérisseurs traditionnels et ont collaboré avec des intervenants des secteurs du commerce, du transport et de l'éducation. Ces bénévoles de la santé seraient en mesure d'identifier les maladies et d'orienter les patients vers les établissements de santé⁹¹. D'autres organismes comme l'UNICEF reconnaissent l'importance de la préparation des communautés aux épidémies. En réponse à l'épidémie d'Ebola en 2015-2017, l'UNICEF a par exemple formé 3 000 dirigeants et plus

de 600 agents de santé dans les communautés de la région de Sikasso sur la prévention des risques et la lutte contre les épidémies parallèlement à une intervention WASH⁹².

DEFIS ACTUELS, ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

En 2018, le groupe de réflexion Prevent Epidemics a mené une évaluation mondiale sur la capacité des différents pays à faire face à une pandémie, en mesurant 20 indicateurs : de la législation au financement, en passant par la capacité des laboratoires, la surveillance, la capacité de la main-d'œuvre, la communication sur les risques et le déploiement. Le Mali a reçu une note de 35/100, comme d'autres pays d'Afrique centrale. Le groupe a conclu que le Mali n'était « pas prêt à faire face » à une épidémie.⁹³ Prevent Epidemics a constaté une volonté politique de se préparer à faire face à cette éventualité, notamment par l'achèvement du plan de préparation, ainsi que certains progrès dans la vaccination des enfants. Les principales lacunes mises en évidence étaient l'absence de lois, de politiques et de financements appropriés, un manque de coordination, de communication et de plaidoyer du Règlement sanitaire international (RSI), une faible capacité à déployer les opérations de riposte d'urgence, un déficit en ressources humaines et, enfin, l'absence d'un système de laboratoire national fort⁹³, cette dernière constatation contredisant d'autres publications soulignant les forces du système de laboratoires malien^{59,94}. Selon l'indice de sécurité sanitaire mondiale, le Mali obtenait en 2019 le score de 29/100 et affichait des performances relativement bonnes en matière d'adhésion aux normes internationales. Toutefois, les capacités réelles de son système de santé étaient insuffisantes pour détecter les épidémies et y répondre efficacement⁹⁵.

La préparation et la riposte aux épidémies sont également entravées par des urgences humanitaires complexes dans le centre et le nord du pays, où urgences sanitaires, crises de sécurité alimentaire, urgences environnementales (sécheresse et inondations) et conflits se superposent, entraînant des effets multiplicateurs.

Afin de prévenir les épidémies, le système de santé malien doit encore améliorer la couverture vaccinale, la détection précoce des flambées épidémiques et assurer une consultation précoce des patients (pour une détection et un traitement anticipés). Le présent rapport montre que les agents de santé et les intervenants des secteurs privé, public et religieux ne sont pas suffisamment impliqués dans la riposte aux épidémies. Dans le contexte de la riposte à l'épidémie de fièvre jaune, il y a eu des défaillances dans la collecte, la livraison et la disponibilité des résultats.⁴⁹ S'agissant de la lutte contre le paludisme, le personnel formé est insuffisant à différents niveaux de la pyramide sanitaire pour pouvoir accélérer la mise en œuvre des activités ; on constate une faible capacité de coordination et de gestion des activités et l'absence de directives pour les parties

prenantes.¹² Concernant la lutte contre l'épidémie de VIH/sida, les défis consistent notamment à étendre la couverture des services et des traitements à l'ensemble de la population, en particulier aux groupes les plus vulnérables, et à renforcer les mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Il faudra pour cela améliorer la gestion et la coordination des ressources⁵⁷.

Sous-équipé, disposant de ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties, le système de santé malien est aujourd'hui gravement affecté par la pandémie de COVID-19 et les mesures de riposte. La perturbation des services et des chaînes d'approvisionnement liée à la priorisation de la COVID-19 et l'impact des restrictions de transport ont rendu l'accès aux soins de santé encore plus difficile. Cette situation risque de réduire à néant les progrès accomplis en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et en faveur du renforcement des services de santé reproductive. La COVID-19 souligne l'importance d'une approche axée sur le système de santé pour assurer la continuité des services de santé (par exemple, les services de santé sexuelle et reproductive) tout en mettant en œuvre une riposte à l'épidémie. Les approches horizontales qui renforcent le système de santé devraient remplacer les interventions ou campagnes verticales contre une seule maladie. Il est nécessaire de mettre en place des filets de sécurité sociale ciblant les populations les plus vulnérables pour garantir leur accès aux services de santé²⁴.

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA PREPARATION ET LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES

Par l'intermédiaire du Ministère de la santé et des affaires sociales, le gouvernement malien adopte un plan d'action pour lutter contre les épidémies, et ce, suite à la pandémie de COVID-19. Le plan s'articule autour de cinq grandes stratégies : la prévention, la prise en charge des cas et la recherche et le suivi des contacts, la riposte multisectorielle, la santé et la communication⁹⁶. Comme indiqué ci-dessus, le gouvernement malien a mis en place une unité multisectorielle de gestion de crise en réponse à la COVID-19. Placée sous la direction de l'Institut National de Santé Publique (INSP), cette unité coordonne les acteurs de la santé ainsi que les acteurs d'autres secteurs, tels que les centres de transit international comme les aéroports⁹⁷.

Les principales implications pour la préparation et la riposte aux épidémies au Mali sont notamment les suivantes.

- **Renforcer les systèmes de surveillance et d'information sanitaire** : les enseignements tirés des systèmes d'information sanitaire lors d'épidémies montrent qu'il convient de créer des synergies entre les acteurs et d'harmoniser le plan de préparation et de riposte et la mobilisation des ressources. Il est important de garantir l'engagement des partenaires et de continuer à fournir des informations pertinentes au système⁷⁹. L'information doit circuler depuis et vers la sphère politique à la fois vers les prestataires de soins de santé privés et publics afin de transmettre une image correcte de l'ensemble du système de santé. Il est essentiel d'investir davantage dans la recherche en sciences sociales qui met en évidence l'importance du contexte dans les résultats en matière de santé et qui lie ce contexte aux interventions de santé publique si l'on veut comprendre les vulnérabilités et adapter la préparation et la riposte aux besoins spécifiques des différentes communautés. Il est nécessaire de promouvoir l'adoption de la recherche sur le contexte local dans les mécanismes de prise de décisions au sein des organismes publics et humanitaires.
- **Réduire les vulnérabilités** : une réflexion sur l'histoire sociale et politique locale de la région cible permettra de détecter les groupes sociaux marginalisés. Des efforts doivent être faits pour assurer une collaboration significative avec des groupes qui ont été historiquement, géographiquement ou économiquement défavorisés. Les représentants et les membres de la communauté de ces groupes doivent être intégrés aux processus de planification et de prise de décisions en matière de préparation et de riposte aux épidémies.
- **Éliminer les obstacles structurels** : les investissements dans les infrastructures WASH (d'urgence et à long terme) sont essentiels pour réduire l'incidence de maladies telles que le choléra. Des mécanismes appropriés de protection sociale doivent être mis en place pour que les Maliens pauvres soient financièrement à même de se faire soigner et, si des restrictions de déplacement dues à une épidémie telle que la COVID-19 sont envisagées, il est capital de maintenir leurs moyens de subsistance.
- **Prioriser et adapter la riposte aux populations vulnérables** : les personnes qui se déplacent peuvent être vulnérables aux maladies épidémiques. Les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays doivent être soutenus car il est probable qu'ils vivent dans une grande promiscuité. Grâce à la cartographie participative, la riposte à l'épidémie peut permettre de comprendre les facteurs qui expliquent les déplacements et leurs directions en vue de prévenir la propagation des maladies et de fournir des services en temps opportun. Dans le cas des communautés nomades, les services de santé et les activités d'intervention en cas d'épidémie doivent être adaptés à leurs besoins. Il convient de recruter les agents de santé communautaires bénévoles au sein même des communautés. Les services cliniques

mobiles adaptés aux besoins locaux doivent être conçus de manière participative par les communautés.

- **Veiller à ce que les activités de santé et d'intervention en cas d'épidémie tiennent compte du sexe et de l'âge** : les femmes et les filles ont un accès moindre aux services de santé et sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination. Les services doivent être adaptés aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, et il est primordial d'associer les hommes à la conception et au déploiement des activités. En effet, dans de nombreuses communautés, ce sont les pères et les maris qui décident si des soins sont nécessaires et où s'adresser.
- **Coordonner la politique de santé et du travail des prestataires de services de santé étatiques et non étatiques** : les services de santé publique et le secteur privé sont déconnectés. Et par conséquent, les échelons de l'État en charge de la politique et la gestion collaborent uniquement avec le secteur public. De nombreux dispositifs privés sont mis en œuvre de manière informelle. Pour réduire cet écart, le Mali doit renforcer le système d'accréditation des établissements des secteurs public et privé à but lucratif et à but non lucratif, développer des partenariats public-privé (PPP), associer le secteur privé de la santé à la politique nationale de financement en la matière et renforcer la synergie d'action pour la collecte de données auprès des secteurs public et privé de la santé²³.
- **Adopter une approche axée sur les systèmes de santé pour la prestation de services dans le contexte des épidémies** : il convient de garantir la continuité des services de santé (par exemple, les services de santé sexuelle et reproductive, les maladies non transmissibles, etc.) lors de la mise en œuvre de la riposte à l'épidémie. Les interventions verticales qui perturbent les services doivent être remplacées par des activités de renforcement des systèmes de santé, garantissant ainsi des interventions holistiques pour faire face à l'épidémie dans le cadre d'un ensemble intégré de services de santé, de traitement et de communication en matière de santé. Les priorités en matière de santé doivent être établies de manière participative par les communautés.
- **Assurer un financement adéquat, renforcer les capacités du personnel de santé** : soutenir les agents de santé des cliniques publiques et des cliniques à but non lucratif, renforcer leurs capacités, garantir leurs moyens de subsistance et reconnaître leur travail, en particulier ceux des zones isolées. Renforcer les compétences de communication interpersonnelle et développer les connaissances socioculturelles afin de mettre un terme aux discriminations dans le système de santé. Veiller à ce que les établissements et les agents de santé, en particulier les personnels infirmiers et les agents de santé communautaires, disposent des fournitures, des fonds et de la

formation nécessaires pour fournir des soins constants et de qualité, afin d'améliorer la confiance dans les activités de prévention, de préparation et de riposte.

- **Travailler avec les prestataires alternatifs de soins de santé** : guérisseurs, *tradipraticiens*, vendeurs de médicaments, devins et autres. Dispenser à ces prestataires une formation de base en matière d'épidémiologie et de communication sur les risques et les engager dans la surveillance des maladies, la communication d'informations sanitaires, la prestation de certains traitements (par exemple les solutions de réhydratation orale en cas de diarrhée, les moustiquaires, etc.), le diagnostic de certaines maladies et la démarche d'orientation de leurs patients vers les cliniques biomédicales, le cas échéant.
- **Travailler avec des interlocuteurs de confiance en utilisant des canaux de communication fiables** : les acteurs les plus reconnus au Mali sont les autorités traditionnelles et religieuses. Ils doivent donc être mobilisés de façon précoce pour concevoir des plans de préparation et de riposte ainsi que pour soutenir les activités de riposte. Ces acteurs peuvent s'assurer que les activités de riposte sont appropriées sur le plan culturel. Les médecins et les personnels infirmiers peuvent jouer un rôle important dans la communication des messages de santé et la clarification des préoccupations et questions. Utiliser les radios communautaires et les espaces locaux (comme le théâtre de rue ou les crieurs de la ville) pour clarifier les questions sur la maladie et recueillir les retours de la communauté. Notez que les communautés ne sont ni singulières ni statiques. Par conséquent, les médiateurs, la langue et les canaux doivent être choisis avec attention (et réévalués périodiquement), en tenant compte de la diversité des communautés. Il est important d'analyser la variété des différents acteurs dans une communauté et de reconnaître qu'ils auront des opinions et des préoccupations différentes, avec lesquelles il faudra ensuite travailler.
- **Travailler dans la langue et les cadres locaux** : il existe une mine d'informations sur les taxonomies locales des maladies, des traitements et des soins au Mali. Les campagnes de communication doivent s'appuyer sur ces connaissances pour adapter les messages. Les évaluations de la langue locale et de la communication doivent être effectuées localement en vue d'identifier les langues, les significations et les symboles ainsi que les formats de médias les plus pertinents pour chaque groupe social. Whatsapp et d'autres plateformes de médias sociaux prennent de plus en plus d'importance et pourraient être utilisées pour la surveillance, la communication d'informations sur les services disponibles et d'informations fiables. Ces médias doivent être surveillés pour éviter toute mauvaise compréhension de la maladie et transmettre des informations adéquates.
- **S'appuyer sur les réponses participatives existantes** à la riposte à l'épidémie dans le cadre d'une approche holistique dirigée par la communauté. La préparation et la

riposte aux épidémies doivent reposer sur un engagement significatif des communautés (en particulier des populations vulnérables) et, plutôt que de lancer des activités de riposte à partir de zéro, les activités humanitaires doivent tirer parti des initiatives et des réseaux sociaux existants et les soutenir.

PRINCIPAUX ACTEURS

Cette section présente une liste des principaux acteurs recensés pendant le processus de recherche pour la présente note d'information et avec lesquels les acteurs de la riposte précoce pourraient vouloir collaborer.

ORGANISMES DE RECHERCHE MALIENS

- Institut Point Sud. Centre de recherche sur le savoir local. Centre de recherche international axé sur les connaissances locales. Liens étendus avec les acteurs du développement, de l'aide humanitaire et de la recherche. <http://pointsud.org/?lang=fr>
- Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS). La recherche menée par leurs doctorants a apporté des dimensions sociales très intéressantes aux pratiques en matière de soins.
- Faculté des sciences humaines de l'université de Bamako
- Département de *Médecine Traditionnelle*, Bamako, Mali
- L'Alliance malienne pour refonder la gouvernance en Afrique
- Le Réseau Ouest-Africain pour l'Édification de la Paix
- Institut Malien de Recherche-Action pour la Paix
- Centre d'Analyse et de Recherche de l'Espace Sahélo-Saharien
- Institut des Sciences Humaines (ISH) de Bamako
- Miseli, l'anthropologie dans le développement, <http://www.miselimali.org/>

ASSOCIATIONS/RESEAUX

- Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT)
- Conseil National de la Société Civile du Mali
- Forum des organisations de la société civile du Mali
- Convergence des femmes du Mali
- Conseil National de la jeunesse du Mali
- Coalition des alternatives africaines Dettes et développement
- Cercle de Réflexion et d'information pour la consolidation de la démocratie au Mali (Cri-2002)

- Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali (CSTM)
- Union Nationale des Travailleurs du Mali (UNTM)
- Union nationale des Journalistes du Mali (UNAJOM)
- Association des Médecins Libéraux du MALI (AMLM)
- Association des Médecins de Campagne (AMC)
- Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM),
- Fédération locale des associations de santé communautaire (FELASCOM)
- Association faïtière des communicateurs traditionnels, le ReCoTraDe
- Groupe Pivot Santé Population, UTM
- Haut conseil islamique du Mali (HCIM)
- Conférence épiscopale du Mali
- Association des Groupements d'Eglises et Mission Protestantes Évangéliques au Mali (AGEMPEM) (Église évangélique)
- *Fédération Malienne des Associations des Tradithérapeutes et Herboristes (FEMATH)*

ONG MALIENNES DE DEVELOPPEMENT ET HUMANITAIRES

Association Citoyenne pour la Défense des Droits des Enfants et des Femmes Albarka	ACIDEF Albarka	Kayes Mopti	Ouest Centre
Association Malienne pour le Développement communautaire	AMADECOM	Kayes	Ouest
Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille	AMPPF	Kayes	Ouest
Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles	AMSOPT	Kayes	Ouest
Association pour la Promotion du Monde Rural au Sahel	APROMORS	Tombouctou	Nord
Association pour la Promotion du Monde Rural au Sahel	APROMORS	Tombouctou	Nord
Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes vivant avec le VIH et le SIDA	ARCAD-SIDA	Kayes	Ouest
Action Recherches pour le Développement des Initiatives Locales	ARDIL	Tombouctou	Nord

Amélioration de l'environnement sanitaire pour les mères et les enfants	BECEYA	Kayes	Ouest
Développement Durable pour la région de Kidal	DDRK	Kidal	Nord
Debo Alafia	Debo Alafia	Mopti	Centre
Keneya Djemu Kan	KJK	Kayes	Ouest
Keneya Djemu Kan	KJK	Kayes	Ouest
Mouso	Mouso	Mopti	Centre
Mouvement pour la paix le désarmement et la liberté	MPDL	Kayes	Ouest
Pogramme d'Appui au développement Sanitaire et Social II	PADSS II	Mopti	Centre
Projet d'appui au système de santé décentralisé	PASSD	Kayes	Ouest
SADEV	SADEV	Tombouctou	Nord
SANTÉ SUD	SANTÉ SUD	Tombouctou	Nord
Solidarité Pour Le Sahel	SOLISA	Kidal	Nord
Yam Giribolo Tumo	YA-G-TU	Mopti	Centre

Pour une liste exhaustive des acteurs humanitaires au Mali (dernière mise à jour en mai 2020), veuillez consulter l'annuaire et la cartographie de l'OCHA : <https://data.humdata.org/dataset/mali-operational-presence>.

REMERCIEMENTS

Cette note d'information a été révisée par : Hayley McGregor, DAI et Isabelle Lange

Citation suggérée : Camara, Mamadou Faramba ; Diallo, Brahim Amara et Ripoll, Santiago (2021) L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies au Mali, *Note d'information*

Publiée en juin 2021



Tackling deadly diseases in Africa



© Institute of Development Studies 2021



Ceci est un document en libre accès diffusé selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction sans restriction et sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et les sources soient crédités, et toute modification ou adaptation mentionnées. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>

ANNEXE : INFORMATIONS HISTORIQUES ET CONTEXTUELLES COMPLÉMENTAIRES

Cette annexe fournit des informations contextuelles complémentaires sur les aspects présentés dans cette note d'information et aborde d'autres sujets qui pourraient intéresser les acteurs de la riposte.

GEOGRAPHIE ET POPULATION

Le Mali est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest, l'un des plus grands de la région, avec une superficie de 1 248 574 km². En 2018, il comptait au total près de 20 millions d'habitants. Le pays est divisé en trois zones agroécologiques : la zone soudanienne cultivée du sud, la zone sahéenne semi-aride centrale et la zone saharienne aride du nord. La grande majorité de la population vit dans le sud du pays. Environ 23,3 % de la population réside dans des zones urbaines.¹ La population croît rapidement, avec un taux de 3,6 %. Le taux de fécondité est relativement élevé : 5,8 naissances par femme en 2018. La population malienne est jeune, avec près de la moitié des enfants ayant moins de 15 ans.

Le Mali est un pays d'émigration, de transit et d'immigration. La migration ne se fait pas seulement vers l'extérieur ; elle est aussi circulaire et saisonnière, en particulier pour les communautés dont les réseaux sociaux et les moyens de subsistance interviennent des deux côtés des frontières maliennes, comme les groupes pastoraux nomades. En 2015, 1 million de Maliens vivaient à l'étranger, dont 90 % en Afrique et 10 % en Europe.⁹⁸ Les migrants maliens sont plus susceptibles de se rendre en Côte d'Ivoire (70 %). En Europe, la France est une destination traditionnelle⁹⁹. Les changements climatiques, l'insécurité économique et alimentaire et les conflits ont encore accru les migrations. Le Mali est également un pays de transit pour les migrants africains à destination des pays d'Afrique du Nord.

ÉCONOMIE ET MOYENS D'EXISTENCE

Le Mali est une économie agropastorale. La production agricole y joue un rôle central dans le maintien des moyens de subsistance et la génération de la croissance économique. Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,442, le Mali est classé 175 sur 188 pays, ce qui indique qu'il est l'un des pays les moins avancés au monde. Il est néanmoins l'un des plus riches d'Afrique de l'Ouest ; en 2016, son PIB par habitant était estimé à 2 177 PPA \$.⁹⁸ Toutefois, en raison du changement climatique et de la migration économique croissante des zones rurales vers les villes, le système agricole est affaibli et la pauvreté persiste dans les zones rurales. Il est nécessaire de créer des emplois ou

favoriser le travail indépendant pour que les Maliens puissent participer à des activités génératrices de revenus adaptées à la demande du marché. Pour réduire la pauvreté et les inégalités au Mali, il convient de promouvoir la croissance, la création d'emplois et les activités génératrices de revenus pour les populations pauvres. Il faut une croissance inclusive et durable adaptée au changement climatique et à d'autres défis environnementaux¹⁰⁰.

Selon les résultats de l'Enquête Modulaire et Permanente auprès des Ménages (EMOP) de 2019, 43,8 % de la population malienne était considérée comme pauvre, un phénomène beaucoup plus marqué dans les zones rurales (avec 54,1 %). Les régions du centre et du nord, à Mopti, Ségou et Gao, sont considérées comme les plus pauvres. Selon le même rapport, l'insécurité alimentaire et le conflit armé sont les principales causes qui expliquent pourquoi le pays demeure l'un des plus pauvres du monde. En 2019, il occupe le 48^e rang sur le continent africain et le 184^e rang mondial dans l'IDH.

L'économie malienne repose sur le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche et pisciculture) qui emploie près de 80 % de la population active. Le Mali dispose de 43,7 millions d'hectares de terres propices à l'agriculture et à l'élevage, dont seulement 11,9 % sont utilisés. En 2016, le Mali comptait au moins 10 622 750 bovins, 36 millions d'ovins et de caprins, 1 million de chameaux, 38 587 450 volailles, dont plus de 90 % de volailles des basses terres, de vergers et 1,5 million de chevaux et d'ânes, faisant du pays la deuxième plus grande population animale de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)¹⁰¹.

POLITIQUE, GOUVERNEMENT ET ADMINISTRATION

Histoire

Le territoire actuel du Mali fait historiquement partie de plusieurs empires et royaumes, dominant le commerce transsaharien : l'Empire du Ghana (fondé par les Soninkés au XIII^e siècle), l'Empire du Mali (XIII^e siècle), l'Empire Songhai (XV^e siècle) et le royaume Bambara de Ségou (XVII^e siècle). Les Français colonisent la région aux XIX^e et XX^e siècles et la nomment *Haut Sénégal-Niger* (avec la Mauritanie, le Niger et le Burkina Faso). En 1960, après une tentative infructueuse de créer une fédération malienne comprenant le Sénégal, le Mali accède à l'indépendance.

Les premières années qui ont suivi l'indépendance sont dominées par l'influence soviétique et un gouvernement socialiste dirigé par le président Modibo Keita. En 1968, Moussa Traoré dirige un coup d'État et installe un régime militaire centralisé à parti unique qui reste au pouvoir pendant deux décennies. Des mouvements démocratiques

comme l'Alliance pour la démocratie au Mali (ADEMA) et le Congrès national pour l'initiative démocratique (CNID) ont plaidé pour la démocratie et la politique multipartite. En mars 1991, un soulèvement populaire est sévèrement réprimé par les autorités et suivi quelques jours plus tard par un coup d'État militaire. Le régime est alors remplacé par la Transition pour le Salut du peuple dirigée par Amadou Toumani Touré. La démocratie multipartite est installée en 1992 et une nouvelle constitution est adoptée.

Ce cadre semi-présidentiel de la politique multipartite est resté en place jusqu'à aujourd'hui, mais a souvent été perturbé par les sécheresses et l'insécurité alimentaire, les insurrections armées et le coup d'État au cours des trois dernières décennies. La période d'instabilité la plus récente a débuté en 2012 avec un coup d'État militaire du capitaine Sanago et une importante insurrection armée touarègue dans le nord soutenue par le Mouvement national de libération de l'Azawad (MNLA) visant l'indépendance des régions du nord. Initialement, le MNLA a conclu des alliances avec Al-Qaïda au Maghreb islamique et Ansar Dine, mais ces alliances ont détourné les forces touarègues du MNLA et les ont déplacées. Un État islamique a été déclaré dans le nord, avec Ansar Dine et Al-Qaïda, capturant les principales villes du nord de Tombouctou, Kidal et Gao et atteignant Douentza dans le centre. Le gouvernement du sud-ouest, la CEDEAO et l'Union africaine ont convenu d'une expédition militaire pour reprendre le nord. En 2013, alors que les combattants islamiques approchaient de la capitale, le gouvernement a demandé aux Français d'intervenir. Sous la bannière de la Mission internationale de soutien au Mali sous conduite africaine (MISMA), ces derniers ont occupé les grandes villes du nord, puis ont confié la sécurité aux Casques bleus de l'ONU dans le cadre de la MINUSMA. Les séparatistes touaregs ont également combattu leurs anciens alliés islamistes. Un accord de paix a été conclu entre le gouvernement malien et les Touaregs en 2013 et, malgré la violation du premier cessez-le-feu, un nouveau a été conclu en 2015. Ces dernières années, des groupes liés à Al-Qaïda, comme le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans, ont lancé des attaques terroristes.

Président depuis 2013, le soutien d'Ibrahim Boubacar Keïta à la présence des troupes françaises (ainsi que l'incapacité à résoudre le conflit dans le nord et la violence intercommunautaire dans le centre) a déclenché un mouvement d'opposition, associé à la crise économique et aux informations de corruption politique. Les manifestations de masse ont été suivies d'un coup d'État par le Comité national pour le salut du peuple (CNSP) dirigé par le colonel Assimi Goïta. Le président Keïta a démissionné sans opposer de résistance. Le 12 septembre 2020, le CNSP a convenu d'une transition politique de 18 mois vers un régime civil. Bah Ndaw est nommé président par intérim et le colonel Goïta assume la vice-présidence. Le gouvernement de transition déclare que des élections législatives et présidentielles auront lieu le 27 février 2022.

Partis politiques

Comme indiqué plus haut, le gouvernement provisoire est dominé par des personnalités militaires telles que Bah Ndaw et le colonel Goïta. Sous ce gouvernement provisoire, le parlement élu a été remplacé par un organe transitoire non élu. Un Conseil national de transition (CNT), composé de 121 membres, est formé en décembre 2020 et présidé par le colonel Malick Diaw, membre du CNSP. Les forces de sécurité contrôlent 22 sièges, tandis que les partis politiques et les organisations en détiennent 11. Le Mouvement des forces patriotiques du 5 juin (M5-RFP), une alliance de partis d'opposition et de groupes de la société civile, détient séparément 8 sièges.

Les partis politiques sont relativement faibles au Mali, et sont généralement mobilisés autour d'une personne particulière plutôt que selon des orientations politiques. Les différences de politique et d'idéologie entre les partis ne sont pas toujours claires. Les principaux partis au Mali sont les suivants :

- le Rassemblement pour le Mali (RPM), dirigé par Keita, qui a remporté 66 sièges aux élections législatives de 2013 (ses alliés ont remporté 49 sièges supplémentaires) ;
- l'Union pour la République et la Démocratie (URD), dirigée par Soumaïla Cissé, avec 17 sièges ;
- l'Alliance pour la démocratie (ADEMA) qui compte 16 sièges.

Notez qu'il y a eu un vote parlementaire en mars et avril 2020, mais l'événement a été entaché par la violence (y compris l'enlèvement du chef de l'opposition), une faible participation et un désaccord sur les résultats et rapidement suivi par le coup d'État.

Contrairement aux autres pays du programme ACE, aucun groupe ethnique ne domine le gouvernement ou les forces de sécurité dans ce pays¹⁰². Comme indiqué ci-dessous, les groupes d'éleveurs touaregs du nord ont toujours été marginalisés dans la vie politique malienne.

Conflits

Comme dans d'autres États coloniaux, les dirigeants coloniaux français cooptent les structures d'autorité traditionnelles et autonomisent certaines ethnies et castes au détriment d'autres, créant des griefs durables. Au Mali, la majorité des élites de l'État venaient des régions occidentales et méridionales, et le processus de décolonisation a transformé les zones septentrionales (nomades) en zones isolées sur les plans culturel, politique et économique.¹⁰³ Au moment de l'indépendance, le gouvernement central avait assuré les Touaregs que leur autonomie dans le nouvel État malien serait garantie, une promesse qui n'a pas été tenue¹⁰⁴. Cet isolement politique des communautés

nomades du Nord a conduit à une série de rébellions touarègues depuis l'indépendance, les plus importantes étant celles de 1963, 1990, 2006 et 2012.

L'intervention étrangère a été déterminante dans le conflit au Mali. Les mouvements islamistes nés dans les pays voisins tels que la Libye et l'Algérie ont joué un rôle majeur dans l'insurrection armée dans le nord. Par exemple, Ansar Dine a reçu l'appui financier et militaire d'Al-Qaïda au Maghreb islamique. Comme expliqué plus haut, ces groupes ont permis l'insurrection touarègue du MNLA en 2012. Par conséquent et en réponse aux avancées des forces armées islamistes françaises en 2012-2013, les troupes de la MINUSMA de l'ONU maintiennent une présence constante dans le nord depuis 2012.

La violence intercommunautaire, dans un pays où les relations interethniques étaient historiquement relativement pacifiques, s'est propagée dans le centre du pays, en particulier au sud et au sud-est de Mopti. La violence a été déclenchée par des jihadistes et des groupes d'autodéfense qui y ont réagi, entraînant la mort de civils et la destruction de biens. Cette violence a opposé les Peuls aux Dogons, créant un cycle de représailles. Les Dogons accusaient les Peuls d'amener du bétail dans leurs fermes et de détruire leurs récoltes. Ces tensions étaient traditionnellement résolues par la négociation¹⁰⁵. Il est important de noter que cette violence intercommunautaire n'est pas le résultat de rivalités ethniques historiques, mais plutôt de l'intervention de combattants islamistes attisant la violence et d'un manque d'attention. Les Dogons accusent les Peuls d'aider les jihadistes et les Peuls affirment que le gouvernement arme les forces d'autodéfense des Dogons. Le gouvernement malien s'est concentré à tort sur la lutte contre le terrorisme, sans prêter attention à la réconciliation communautaire ou à la réalisation d'autres services gouvernementaux de base dans la région¹⁰⁶.

Structure administrative

Le pays est divisé en huit *régions* : Gao, Kayes, Kidal, Koulikoro, Mopti, Ségou, Sikasso, Tombouctou et le district de Bamako. Chacune des *régions* est en outre divisée en unités administratives appelées *cercles*, à leur tour subdivisées en communes. Les *régions* sont administrées par un gouverneur qui supervise la politique économique et le fonctionnement des *cercles*. Les *cercles* sont le niveau administratif des services gouvernementaux, y compris l'armée, la politique, la santé, etc. Les *communes* sont souvent composées de plusieurs villages, dirigés par des chefs coutumiers, et de conseils de village élus, normalement autour d'une école et d'un centre de santé communautaire⁷⁵.

Le Mali a initié un processus de décentralisation administrative en 1992. Ce processus a été mené parallèlement à la décentralisation des soins de santé, garantissant les soins en

périphérie et la participation communautaire afin d'étendre la couverture sanitaire et d'améliorer l'accès aux médicaments¹⁰⁷. Dans le cadre de la décentralisation, chaque *commune* est administrée par un conseil municipal dirigé par un maire et des conseillers municipaux élus au suffrage universel. Ainsi, le pays compte 703 municipalités locales, dont 684 municipalités rurales et 19 municipalités urbaines. Six des 19 communes urbaines sont situées au niveau du district de Bamako.⁹⁷.

Comme dans de nombreux autres pays, les relations entre les autorités administratives et coutumières au Mali sont tendues, en particulier dans les zones rurales. Les autorités traditionnelles ont été officiellement incorporées dans l'appareil d'État après la loi de 2006 relative à la création et à l'administration des villages, fractions et quartiers. La législation leur a assigné des rôles spécifiques et a déterminé leur lien avec l'administration de l'État. Les *chefs de village*, *chefs de fraction* (dans les communautés nomades), *chefs de quartier* (dans les zones urbaines) se verraient alors attribuer un conseil *de village*, *de fraction* ou *de quartier* de 5 à 15 personnes selon la population. Ces autorités coutumières seraient responsables du service de base, de la médiation, du recouvrement des impôts, des rôles cérémoniels et de la réconciliation coutumière ; elles seraient représentées et recevraient une compensation monétaire pour leurs services. En 2015, 70 % des chefs de village n'avaient toujours pas été officiellement reconnus⁸⁹.

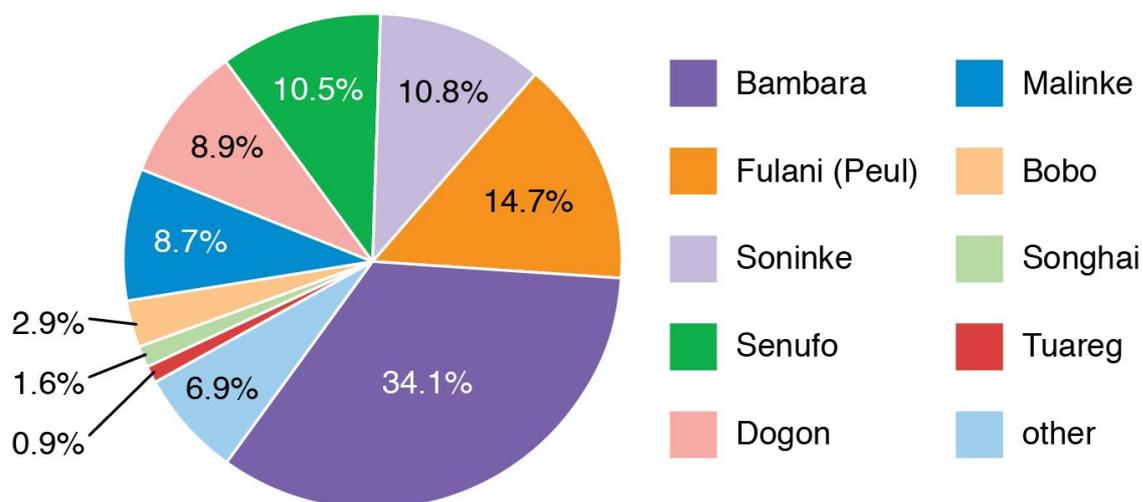
Notez qu'il existe d'autres types d'autorités traditionnelles, respectées par de nombreux membres des communautés. Par exemple, s'agissant des responsabilités relatives aux ressources naturelles, on trouve des *chefs des terres* (par exemple chez les Miniankas à Koutiala), des *chefs des eaux* (par exemple le chef bozo dans la région de Mopti), des *chefs de pâturages* (comme les Djoros à Mopti) et des *chefs des forêts* (par exemple *alamodjou* à Bankass ou *Ogokana* dans le cercle de Koro). D'autres autorités traditionnelles sont respectées pour leur sagesse et leur expérience, notamment le communicateur traditionnel comme les *griots*, les *guérisseurs* et les *chasseurs*, d'autres dirigeants *nyamakala* liés aux professions traditionnelles (*forgerons*, *tisserands*, *cordonniers*), et le *Bouffon* (par exemple dans le cadre de la confrérie de bouffons de Sikasso)⁸⁹.

Les autorités religieuses sont également très respectées. Les imams, les prédicateurs, les pasteurs et les prêtres sont tous des autorités reconnues avec lesquelles s'engager dans l'intervention humanitaire. Ils sont aussi considérés pour leur sagesse et leurs conseils sont prisés, comme ceux du *Chef spirituel*, par exemple le Hogon (chez les Dogons à Mopti) ou le *chef de tribu maraboutique*. Une autre figure estimée est le *Juge religieux*, par exemple les *cadis* (dans la région de Tombouctou), qui contribue à la réconciliation et à la justice, donnant des verdicts basés sur la charia⁸⁹.

Alors que l'État malien reculait dans les zones de conflit depuis 2012, les autorités traditionnelles ont dû intervenir pour soutenir les communautés. Les représentants de l'État (et les agents de santé comme nous l'avons vu plus haut) ont fui les zones, laissant les chefs de village assumer le rôle de premiers prestataires de services dans la région. Les cadis, autres figures traditionnelles, ont remplacé les élus qui avaient abandonné leurs postes et servi de médiateurs avec les groupes extrémistes. Depuis lors, et dans le cadre de l'accord de paix, un engagement à renforcer le rôle du cadis dans les affaires publiques a été pris.

Ethnicité

Ethnic composition (2012–13)



© Encyclopædia Britannica, Inc.

Figure 4. Composition ethnique du Mali (2012-2013)⁷⁵

Les Mandingues (ou Mandé), y compris les Bambaras (également appelés Bamanas) et les Malinkés représentent près de la moitié de la population malienne. Le groupe ethnique le plus important et dominant, les Bambaras (34,1 % de la population), vit dans le centre et le sud du Mali le long de la moyenne vallée du Niger. Les Malinkés (8,7 % de la population) vivent dans le sud-ouest et l'ouest. Le bambara est la langue véhiculaire nationale, en particulier dans le centre, l'ouest et le sud, avec environ 80 % de la population en mesure de la parler⁸⁷. Comme indiqué précédemment, les Bambaras, dans le cadre de leurs relations coloniales et de leur proximité avec Bamako, avaient une influence plus forte dans l'État malien que les peuples du nord du pays. Les Peuls (14,7 % de la population), présents dans toute l'Afrique de l'Ouest, habitent le delta intérieur du Niger et l'est du pays, et parlent principalement le fulfude. Ils sont sédentarisés. Les Soninkés (10,8 % de la population) vivent dans la zone sahélienne occidentale ; les Songhaïs (8,9 % de la population) dans la vallée du Niger, de Djenné à Ansongo et les Dogons (8,9 % de la population) dans la région du plateau autour de Bandiagara. Les Bwas, les Bobos, les Sénoufos et les Miniankas occupent l'est et le sud-est du pays.

Dans la zone sahélienne et au nord de la courbe nigérienne vivent les Imazighens (des Berbères, y compris les Touaregs qui représentent 0,9 % de la population) et le groupe arabo-espagnol-amazigh (les Berbères) connu sous le nom de Maures, qui parlent et écrivent l'arabe⁷⁵. Il convient de noter qu'il existe des informations faisant état d'attitudes racistes de la part des Touaregs à l'égard des peuples du sud du pays. Il est important de noter que l'ethnicité revêt une certaine fluidité identitaire au Mali, car des mariages ont lieu entre différents groupes ethniques, les personnes changent de langue ou d'appartenance culturelle⁷⁵.

Religion

L'Islam est la religion dominante au Mali. La population est composée à plus de 94 % de musulmans. L'islam sunnite de l'école malikite est la première religion, bien qu'il y ait aussi des ahmadis et un faible pourcentage de chiites. Les tariqas soufis sont très influents, tout comme dans d'autres pays musulmans africains en général.¹⁰⁸ Le christianisme est minoritaire (protestant et catholique) et représente 2,8 % de la population. Bien que de nombreux rituels traditionnels et mystiques aient été intégrés à la convention chrétienne et musulmane, 0,7 % de la population pratique des religions africaines traditionnelles (par exemple parmi les Dogons et certains Malinkés et Bambaras). L'islamisation débute au XI^e siècle et intègre des croyants de diverses ethnies comme les Soninkés, les Songhaïs, les Maures, les Touaregs et la plupart des Peuls⁷⁵. Les chefs religieux au Mali sont extrêmement populaires et sont en mesure de rassembler une foule nombreuse. Ils sont également considérés comme l'un des acteurs sociaux les plus fiables au Mali avec les autorités traditionnelles et devraient donc être des partenaires essentiels dans la riposte aux épidémies.

Parenté, genre et jeunesse

La plupart des groupes ethniques maliens sont patrilinéaires et le domicile est généralement patrilocal. Dans les zones rurales et, dans une large mesure, dans les villes, les unités domestiques sont étroitement intégrées dans la famille patrilinéaire élargie, par exemple le père, sa ou ses femmes, ses fils, leurs femmes et leurs enfants ainsi que les filles célibataires¹⁰⁹. Aujourd'hui, la plupart des Touaregs ont des origines et une ascendance doubles. L'appartenance à un groupe d'ascendance passe par la mère, l'appartenance à un groupe social passe par le père, et la charge politique, dans la plupart des groupes, se transmet de père en fils¹¹⁰.

Les femmes et les hommes sont égaux en vertu de la Constitution et d'autres lois maliennes. Cela dit, au niveau national, les normes sociales, traditionnelles et religieuses continuent d'entraver la participation des femmes à la vie publique ou d'autoriser le mariage de jeunes filles mineures, n'exigeant pas toujours le consentement au mariage,

et de discriminer les femmes dans les lois sur l'héritage du Code de la famille malien. Les tentatives visant à modifier le droit de la famille afin d'assurer une plus grande égalité des sexes en 2009 ont été bloquées par des manifestations de masse menées par des chefs religieux. Comme nous l'avons vu plus haut, les décisions concernant les choix économiques importants ou les soins pour les femmes sont en grande partie prises par leurs pairs masculins. Ainsi, les femmes occupant des postes dans la fonction publique sont minoritaires. Elles sont également susceptibles d'être victimes de violences sexuelles lors de conflits. Le gouvernement malien a reconnu la nécessité de promouvoir l'autonomie et la représentation des femmes dans le pays⁵⁵.

Les jeunes au Mali sont majoritaires : environ 60 % de la population du pays a moins de 25 ans. Chaque année, environ 300 000 jeunes arrivent sur le marché du travail. Le secteur formel n'emploie que 5 % de la population active, de sorte que la plupart des jeunes sont tributaires d'emplois précaires et faiblement rémunérés. Cette situation a été exacerbée par la crise économique provoquée par l'interminable conflit. Malgré la crainte de leur recrutement par des groupes armés, les jeunes sont aussi potentiellement des chefs de file des mouvements sociaux en faveur du changement social¹¹¹ et des médiateurs pour le dialogue intergénérationnel et les relations avec les services de l'État¹¹²

REFERENCES

1. World Bank. (2018). *Urban population (% of total population)—Mali*. World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=ML>
2. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. . 2019. Enquête Démographique, et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-, & PF et ICF. (2018). *Enquête Démographique et de Santé 2018, Rapport de synthèse* (V; Issue V).
3. Institute for Health Metrics. (2021, January 6). *Mali Health Data*. www.healthdata.org/Mali
4. Institut National de la Statistique du Mali. (2019). *Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)*. Institut National de la Statistique du Mali. https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/eq/rana19pas1_eq.pdf
5. Secrétariat permanent du PRODESS Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. (n.d.). *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023*. http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf
6. Ministère de la Santé et de, & l'Hygiène Publique. (2018). *Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire 2018*. http://www.sante.gov.ml/docs/Annuaire%20SNIS%202018%20VF_%20version%207%20Avril.pdf
7. WHO. (2021). *Mali*. Global Health Workforce Alliance. <https://www.who.int/workforcealliance/countries/mli/en/>
8. CIA factbook. (2021). *CIA factbook report for Mali*. CIA. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/mali/>
9. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2019). *Annuaire Statistique 2018 des Ressources Humaines du secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. <http://www.drh.sante.gov.ml/docs/ASRH-2018.pdf>
10. World Bank. (2019). *Mali -Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage. Combined Project Information Documents / Integrated Safeguards Datasheet (PID/ISDS)*. World Bank. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/929821547659438840/pdf/Project-Information-Documents-Integrated-Safeguards-Data-Sheet-Mali-Accelerating-Progress-Towards-Universal-Health-Coverage-P165534.pdf>
11. Audibert, de Roodenbeke, M., Eric. (2005). *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: Analyse de la situation et perspectives*. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/395701468281960706/pdf/33643a10MLI0sante0AFR0Human0dev0no087.pdf>
12. Initiative: Faire reculer le paludisme Roll Back Malaria, *Evaluation des besoins par pays*, P26 (2008) (testimony of Ministère de la santé du Mali).
13. Ministère de la santé de la république du Mali; secrétariat général. (2008). *Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) 2009-2015* (p. 8). https://www.who.int/pmnch/media/events/2014/mai_psn.pdf
14. P4H. (2021). *Mali*. P4H Social Health Protection Network. <https://p4h.world/en/universal-object-country/mali>
15. Yates, R. (2019, March 15). As Mali Scraps Healthcare Fees, It Is Time to Bury The Bamako Initiative. *Chatham House Blog*. <https://www.chathamhouse.org/2019/03/mali-scraps-healthcare-fees-it-time-bury-bamako-initiative>
16. Millard, C. (2021, September 1). The beginning of Universal Health Care in Mali. *The Borgen Project Blog*. <https://borgenproject.org/universal-health-care-in-mali/>
17. Adepoju, P. (2019). Mali announces far-reaching health reform. *The Lancet*, 393(10177), 1192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30684-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30684-1)
18. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2018). *Annuaire statistique 2018 du système local d'information sanitaire du Mali*. <http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/3304-annuaire-statistique-2018-du-systeme-local-d-information-sanitaire-du-mali>
19. Boubou, Nouhoum, B. C. (2017). *Pharmaciens d'officine et paludisme au Mali rapport final*. http://remed.org/wp-content/uploads/2017/08/Rapport_Final_MALI.pdf
20. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Stratégie de coopération, Aperçu*. 05.

21. HFG. (2017). *Mali Private Health Sector Assessment*. Health Finance and Governance. <https://www.hfgproject.org/mali-private-health-sector-assessment/>
22. Advancing Partners & Communities. 2014. Profil de Pays : Programmes de santé communautaire du Mali., & Arlington, VA: Advancing Partners & Communities. (Janvier). *Profil du pays: Programmes de santé communautaire du Mali*. https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/landscape/countries/profiles/mali_fre_apc_landscape_analysis_final.pdf
23. Sarah Castle, Bokar Touré, Françoise Armand, Yann Derriennic et Romana Haider. Décembre 2017 Évaluation du secteur privé de la santé au Mali Bethesda, Maryland : Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc. (2017). *Etat des lieux du secteur privé de la santé au Mali* (pp. 5, 7, 8, 17). <https://pt.slideshare.net/HFGProject/valuation-du-secteur-priv-de-la-sant-au-mali>
24. Nations Unies Mali. (2020). *Analyse rapide des impacts socio-économiques du COVID-19 au Mali* (pp. 15, 17). https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/rapport_da_nalyse_rapide_impact_covid_-_10_mai_2020.pdf
25. Debarre, A. (2018). *Hard to Reach: Providing Healthcare in Armed Conflict*. https://www.ipinst.org/wp-content/uploads/2018/12/1812_Hard-to-Reach.pdf
26. Hill, J., Kayentao, K., Achieng, F., Diarra, S., Dellicour, S., Diawara, S. I., Hamel, M. J., Ouma, P., Desai, M., Doumbo, O. K., ter Kuile, F. O., & Webster, J. (2015). Access and use of interventions to prevent and treat malaria among pregnant women in Kenya and Mali: A qualitative study. *PloS One*, *10*(3), e0119848–e0119848. PubMed. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119848>
27. Sangare, M., Coulibaly, Y. I., Coulibaly, S. Y., Dolo, H., Diabate, A. F., Atsou, K. M., Souleymane, A. A., Rissa, Y. A., Moussa, D. W., Abdallah, F. W., Dembele, M., Traore, M., Diarra, T., Brieger, W. R., Traore, S. F., Doumbia, S., & Diop, S. (2021). Factors hindering health care delivery in nomadic communities: A cross-sectional study in Timbuktu, Mali. *BMC Public Health*, *21*(1), 421. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10481-w>
28. UNICEF. (2021). *Mali Humanitarian Situation Report No. 2 1 to 28th February 2021*. UNICEF. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF%20Mali%20Humanitarian%20Situation%20Report%20No.%202%20-%20February%202021.pdf>
29. Ministère de la santé et des affaires sociales, République du Mali. (2019). *L'expérience du Mali dans le déploiement du DHIS2 (District Health Information Software, version 2)* (pp. 12, 13). https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-20-407-fr/at_download/document
30. Sissoko, M. (2006). Chapitre 4. Comment guider les tradipraticiens pour qu'ils jouent un rôle dans les changements de comportement, notamment du couple « mère-enfant »? In Moulin, A., Orfila, J., Sacko, D., & Schemann, J. (Eds.), IRD Éditions. Doi:10.4000/books.irdeditions.5096. In A. Moulin, J. Orfila, D. Sacko, & J. Schemann (Eds.), *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne*. IRD Editions; /z-wcorg/. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010039906>
31. Diarra, N., Klooster, C. van't, Togola, A., Diallo, D., Willcox, M., & Jong, J. de. (2015). Ethnobotanical study of plants used against malaria in Sélingué subdistrict, Mali. *Journal of Ethnopharmacology*, *166*, 352–360. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2015.02.054>
32. Wangensteen, H., Diallo, D., & Paulsen, B. S. (2015). Medicinal plants from Mali: Chemistry and biology. *Journal of Ethnopharmacology*, *176*, 429–437. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2015.11.030>
33. Inngjerdigen, K., Nergård, C. S., Diallo, D., Mounkoro, P. P., & Paulsen, B. S. (2004). An ethnopharmacological survey of plants used for wound healing in Dogonland, Mali, West Africa. *Journal of Ethnopharmacology*, *92*(2–3), 233–244.
34. Togola, A., Diallo, D., Dembélé, S., Barsett, H., & Paulsen, B. S. (2005). Ethnopharmacological survey of different uses of seven medicinal plants from Mali,(West Africa) in the regions Doila, Kolokani and Siby. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, *1*(1), 1–9.
35. Bah, S., Diallo, D., Dembélé, S., & Paulsen, B. S. (2006). Ethnopharmacological survey of plants used for the treatment of schistosomiasis in Niono District, Mali. *Journal of Ethnopharmacology*, *105*(3), 387–399.
36. Mounkoro, P. P., Togola, A., de Jong, J., Diallo, D., Paulsen, B. S., & van' t Klooster, C. (2020). Ethnobotanical survey of plants used by traditional health practitioners for treatment of schizophrenia spectrum disorders in Bandiagara, Mali, West Africa. *Journal of Herbal Medicine*, *24*, 100402. <https://doi.org/10.1016/j.hermed.2020.100402>

37. UNODC. (2018). *Malian authorities achieve positive results in the fight against fraudulent medicine and drugs*. UNODC. <https://www.unodc.org/westandcentralafrica/en/2018-03-12-mali-fight-against-fraudulent-medicine-and-drugs.html>
38. Nergard, C. S., Ho, T. P. T., Diallo, D., Ballo, N., Paulsen, B. S., & Nordeng, H. (2015). Attitudes and use of medicinal plants during pregnancy among women at health care centers in three regions of Mali, West-Africa. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 11(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s13002-015-0057-8>
39. Ag Ahmed, M. A., Hamelin-Brabant, L., & Gagnon, M. P. (2018). Sociocultural determinants of nomadic women's utilization of assisted childbirth in Gossi, Mali: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2027-3>
40. Johnson, A., Goss, A., Beckerman, J., & Castro, A. (2012). Hidden costs: The direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Social Science & Medicine*, 75(10), 1786–1792. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.015>
41. Gage, A. J. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1666–1682. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.001>
42. James, P. B., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (2018). Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Global Health*, 3(5), e000895. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000895>
43. Brunet-Jailly, Joseph., & Pairault, Claude. (1993). *Se soigner au Mali: Une contribution des sciences sociales: Douze expériences de terrain: Hommage à Claude Pairault*. /z-wcorg/.
44. Tinta, S. (1999). *Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali*. 2, 4. <http://journals.openedition.org/apad/480>
45. Diakite, D. (n.d.). *Quelques maladies chez les Bamanan*. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/37862.pdf
46. Seidu, A.-A., Dzantor, S., Sambah, F., Ahinkorah, B. O., & Ameyaw, E. K. (2021). Participation in household decision making and justification of wife beating: Evidence from the 2018 Mali Demographic and Health Survey. *International Health*, ihab008. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihab008>
47. Bulletin du cluster santé. (2021). *MALI, Crise Humanitaire Prolongée* (No. 21). 21, Article 21. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Mali%20-%20Bulletin%20du%20cluster%20sant%C3%A9%20n%C2%B01%2C%20janvier%20-%20mars%202021.pdf>
48. Severe Malaria Observatory. (2021, January 6). *Mali Fardeau de Paludisme*. Partage de Connaissances à Propos Du Paludisme Grave. <https://www.severemalaria.org/fr/pays/mali>
49. *Préparation et riposte aux situations d'urgence Fièvre jaune – Mali*. (2019, December 26). <https://www.who.int/csr/don/26-december-2019-yellow-fever-mali/fr/>
50. Ministère de la Santé Publique. (2016). *Plan Directeur de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) 2016-2020*. Ministère de la Santé Publique. https://espen.afro.who.int/system/files/content/resources/CHAD_NTD_Master_Plan_2016_2020.pdf
51. Mounier-Jack, S., Burchett, H. E. D., Griffiths, U. K., Konate, M., & Diarra, K. S. (2014). Meningococcal vaccine introduction in Mali through mass campaigns and its impact on the health system. *Global Health: Science and Practice*, 2(1), 117–129.
52. OCHA. (2021). *Aperçus des besoins humanitaires Mali*. OCHA Mali. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/aperçu_des_besoins_humanitaires_mali_2021.pdf
53. CDC. (n.d.). *One Health Zoonotic Disease Prioritization for Multisectoral Engagement in Mali. Workshop Summary*. Retrieved 5 July 2021, from <https://www.cdc.gov/onehealth/pdfs/mali-508.pdf>
54. Rebaudet, S., Sudre, B., Faucher, B., & Piarroux, R. (2013). Environmental Determinants of Cholera Outbreaks in Inland Africa: A Systematic Review of Main Transmission Foci and Propagation Routes. *The Journal of Infectious Diseases*, 208(suppl_1), S46–S54. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit195>
55. Gorman, Z. (2019). *'Hand in hand': A study of insecurity and gender in Mali*. Stockholm International Peace Research Institute. https://www.sipri.org/sites/default/files/2019-12/sipriinsight1912_6.pdf
56. Affaires Humanitaires des Nations Unies (OCHA). (2020). *Mali: COVID 19, Rapport de situation 3* (No. 3; p. 2,4,5,6). https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Sitrep-Covid19-%233_final.pdf
57. Présidence de la République du Mali. (2012). *Rapport national UNGASS 2012 Période: Janvier 2010—Décembre 2011* (pp. 9, 10, 12, 13, 33, 34). https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/RAPPORT_UNGASS%202012%20_Mali.pdf

58. CENTRE NATIONAL D'APPUI À LA LUTTE CONTRE LA MALADIE. (n.d.). [Interview]. <http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/107-centre-national-d-appui-a-la-lutte-contre-la-maladie>
59. Doumbia, S., Sow, Y., Diakite, M., & Lau, C.-Y. (2020). Coordinating the research response to COVID-19: Mali's approach. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1–7.
60. Ministère de la Santé et des Affaires, & Sociale du Mali. (2020). *Plan d'Actions pour la Prévention et la Réponse à la Maladie à COVID-19 (COVID-19)* (pp. 06, 08, 12, 13, 14, 28). <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2020/05/Nationaal-Actieplan-Mali-COVID-19-FR.pdf>
61. Ministère de la Santé et des Affaires, & Sociale du Mali. (2020). *Plan d'Actions pour la Prévention et la Réponse à la Maladie à COVID-19 (COVID-19)* (pp. 06, 08, 12, 13, 14, 28). <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2020/05/Nationaal-Actieplan-Mali-COVID-19-FR.pdf>
62. Ministère de la Santé et des, & Affaires Sociales du Mali. (2020). *Plan de formation du personnel employé dans des unités de prise en charge des malades du « projet d'intervention d'urgence COVID 19 mali »* (p. 15,18,19,20). <http://documents1.worldbank.org/curated/en/967341604953459935/pdf/Revised-Training-Plan-for-Staff-Employed-MALI-COVID-19-EMERGENCY-RESPONSE-PROJECT-P173816.pdf>
63. Ministère de la santé et du développement Social. (2017). *Atelier de formation des formateurs sur le guide de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) au Centre Diamcis de Banankoro/ région de Koulikoro*. <http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/item/3044-atelier-de-formation-des-formateurs-sur-le-guide-de-la-surveillance-integree-de-la-maladie-et-la-riposte-simr-au-centre-diamcis-de-banankoro-region-de-koulikoro>
64. Organisation Mondiale de la Santé. (2012, July 11). *Atelier sur la Surveillance Intégrée et la riposte aux épidémies*. <https://www.afro.who.int/fr/news/atelier-sur-la-surveillance-integree-et-la-riposte-aux-epidemies>
65. Secrétariat exécutif de l'APESS. (2020). *Note d'analyse des premiers impacts de la pandémie du COVID 19 sur les Exploitations Familiales Agropastorales membres de l'APESS*. 3, 4, 19.
66. Jurrien Toonen, Dramane Dao et Thea Hilhorst. (2006). *Développement d'un Système d'information essentielle sur le secteur de la Santé pour les acteurs communaux au Mali* (pp. 03, 04, 06). https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2018/08/54c75cfd85a09_D%C3%A9veloppement-d%E2%80%99un-syst%C3%A8me-d%E2%80%99information-essentielle-sur-le-secteur-de-la-sant%C3%A9-pour-les-acteurs-communaux-au-Mali.pdf
67. WHO. (2015). *Successful Ebola responses in Nigeria, Senegal and Mali*. <https://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/nigeria/en/>
68. Sagaon-Teyssier, L., Yattassaye, A., Bourrelly, M., Dembélé Keïta, B., & Spire, B. (2020). The COVID-19 response must integrate people living with HIV needs in Sub-Saharan Africa: The case of Mali. *Tropical Medicine and Health*, 48, 1–4.
69. World Bank. (2017). *Mobile cellular subscriptions (per 100 people)—Niger | Data*. <https://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2?locations=NE>
70. Kemp, S. (2020). *Digital 2020: Mali*. Datareportal. <https://datareportal.com/reports/digital-2020-mali>
71. Morgan, C., & Boudre, S. (n.d.). *Continuing Community Outreach in the face of Covid-19*. Institute of Development Studies. Retrieved 5 July 2021, from <https://www.ids.ac.uk/opinions/continuing-community-outreach-in-the-face-of-covid-19/>
72. TWB. (n.d.). *Language map of Mali- Interactive*. Translators Without Borders. Retrieved 5 July 2021, from <https://translatorswithoutborders.org/languages-of-mali-interactive-en/>
73. UNESCO. (2018). *Mali Country Profile*. UNESCO. <http://uis.unesco.org/en/country/ml>
74. International Media Support. (2013). *Media in Mali: Divided by conflict*. International Media Support. <https://www.mediasupport.org/wp-content/uploads/2013/02/media-in-mali-divided-by-conflict-2013-ims2.pdf>
75. Imperato, P. J., Clark, A., & Baker, K. (2021). *Mali*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/place/Mali>
76. Peyton, N. (2019, April 17). Donkeys deliver vaccines in Mali as diseases spike with violence. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-mali-health-vaccines-idUSKCN1RT25C>
77. Keenan, J. (2008). Uranium Goes Critical in Niger: Tuareg Rebellions Threaten Sahelian Conflagration. *Review of African Political Economy*, 35(117), 449–466. <https://doi.org/10.1080/03056240802411107>
78. Boubou, Nouhoum, B. C. (2017). *Pharmaciens d'officine et paludisme au Mali rapport final* (pp. 08, 09, 10, 12, 13, 14, 59).

79. West African Health Organization. (2015). *Rencontre annuel conjointe des responsables des systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et de la surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) avec les partenaires techniques et financiers de l'espace CEDEAO* (pp. 05, 12, 42). <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ws-15-25-fr>
80. GBESSEMEHLAN, J. (2017). *Plan de gestion intégrée des vecteurs et des pesticides* (pp. 02, 06, 32).
81. IFRC. (n.d.). *Mali Epidemic Preparedness and Response. Communities at the heart of our work*. IFRC. <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/2019/01/202002-CP3Mali-MarketingDocument-dgtl-EN.pdf>
82. De Groot, A. S., Tounkara, K., Rochas, M., Beseme, S., Yekta, S., Diallo, F. S., Tracy, J. K., Teguate, I., & Koita, O. A. (2017). Knowledge, attitudes, practices and willingness to vaccinate in preparation for the introduction of HPV vaccines in Bamako, Mali. *PLOS ONE*, 12(2), e0171631. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171631>
83. Poole, D. N., Tracy, J. K., Levitz, L., Rochas, M., Sangare, K., Yekta, S., Tounkara, K., Aboubacar, B., Koita, O., Lurie, M., & De Groot, A. S. (2013). A Cross-Sectional Study to Assess HPV Knowledge and HPV Vaccine Acceptability in Mali. *PLOS ONE*, 8(2), e56402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056402>
84. Lhomme, E., Modet, C., Augier, A., Faye, S., Dabakuyo-Yonli, T. S., Levy-Marchal, C., D'Ortenzio, E., Yazdanpanah, Y., Chêne, G., Beavogui, A. H., Richert, L., & the PREVAC study team. (2019). Enrolling study personnel in Ebola vaccine trials: From guidelines to practice in a non-epidemic context. *Trials*, 20(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3487-0>
85. Wellcome Trust. (2018). *Wellcome Global Monitor*. Wellcome Trust. <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>
86. Hilhorst, T. (2005). *Building Effective Local Partnerships for Improved Basic Social Services Delivery in Mali*. Royal Tropical Institute of the Netherlands (KIT). https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2018/08/871_Building-effective-local-partnerships-Mali.pdf
87. Minority Rights Group International. (2019). *Mali*. Minority Rights Group International. <https://minorityrights.org/country/mali/>
88. Coulibaly, M., & Logan, C. (2020). *Is democracy in Mali dying? Not if citizens' voices are heard*. Afrobarometer. <https://afrobarometer.org/blogs/democracy-mali-dying-not-if-citizens-voices-are-heard>
89. SDC network. (2015). *Étude de cas 4: Autorités traditionnelles et religieuses dans la gouvernance locale au Mali*. Swiss Development Cooperation. https://sahelresearch.africa.ufl.edu/files/Autorite%CC%81s-traditionnelles_et_religieuses_Malicasestudy_2015.pdf
90. Baratti-Mayer, D., Baba Daou, M., Gayet-Ageron, A., Jeannot, E., & Pittet-Cuénod, B. (2019). Sociodemographic Characteristics of Traditional Healers and Their Knowledge of Noma: A Descriptive Survey in Three Regions of Mali. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4587. PubMed. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224587>
91. Verbeek, N. (2021). *Ripening Conflict in Civil Society Backchannels: The Malian Peace Process (1990–1997)*. <https://www.e-ir.info/2021/01/15/ripening-conflict-in-civil-society-backchannels-the-malian-peace-process-1990-1997/>
92. Mali Jet. (2017, July 21). Prévention contre les épidémies des maladies infectieuses: Le projet EAH de l'Unicef enchante. *Mali Jet*. http://malijet.com/la_societe_malienne_aujourd'hui/la_sante_au_mali/190952-pr%C3%A9vention-contre-les-%C3%A9pid%C3%A9mies-des-maladies-infectieuses-le-pro.html
93. Prevent Epidemics. (2021). *Prevent Epidemics: Mali*. Prevent Epidemics. <https://preventepidemics.org/countries/mli/?section=data>
94. Diarra, B., Safronetz, D., Sarro, Y. D. S., Kone, A., Sanogo, M., Tounkara, S., Togo, A. C. G., Daou, F., Maiga, A. I., Dao, S., Rosenke, K., Falzarano, D., Doumbia, S., Zoon, K. C., Polis, M., Siddiqui, S., Sow, S., Schwan, T. G., Feldmann, H., ... Koita, O. A. (2016). Laboratory Response to 2014 Ebola Virus Outbreak in Mali. *The Journal of Infectious Diseases*, 214(suppl 3), S164–S168. PubMed. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw200>
95. Global Health Security Index. (2019). *Mali Country Profile*. GHSI. <https://www.ghsindex.org/country/mali/>
96. Nations Unies Mali. (2020). *Analyse rapide des impacts socio-économiques du COVID-19 au Mali* (pp. 15, 17). https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/rapport_da_nalyse_rapide_impact_covid_-_10_mai_2020.pdf
97. Ministère de la Santé Publique. (2020). *Plan national de contingence pour la préparation et la riposte à l'épidémie de la maladie à coronavirus COVID-19. 1 Mars 2020 au 28 Février 2021*. Ministère de la Santé Publique.

- <https://www.tralac.org/documents/resources/covid-19/countries/3798-republic-of-chad-national-contingency-plan-preparation-and-response-to-covid-19-epidemic-1-march-2020-28-february-2021-french/file.html>
98. MGSOG. (2017). *Mali. Migration Profile. Study on Migration Routes in West and Central Africa*. Maastricht Graduate School of Governance.
99. Baratta, A. F., Calcagnini, L., Deyoko, A., Finucci, F., Magarò, A., & Mariani, M. (2021). Mitigation of the Water Crisis in Sub-Saharan Africa: Construction of Delocalized Water Collection and Retention Systems. *Sustainability*, 13(4), 1673.
100. Institut National de la Statistique du Mali. (2016). *Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP)* (p. 37 et 38, 38). file:///C:/Users/hgf/Downloads/rana16pas1_eq.pdf
101. Centres pour le contrôle et la prévention des maladies. (n.d.). *Résumé de l'atelier Priorisation des maladies zoonotiques pour l'engagement multisectoriel au Mali*. <https://www.cdc.gov/onehealth/pdfs/mali-report-fr-508.pdf>
102. Freedom House. (2021). *Mali Country Profile* (Freedom in the World 2021). <https://freedomhouse.org/country/mali/freedom-world/2021>
103. Rass, N. (n.d.). *Policies and Strategies to Address the Vulnerability of Pastoralists in Sub-Saharan Africa*. Pro-poor livestock policy initiative (FAO). Retrieved 5 July 2021, from <http://www.fao.org/3/bp197e/bp197e.pdf>
104. Molenaar, F., Tossell, J., Schmauder, A., Idrissa, R., Lyammouri, R., & Nederlands Instituut voor Internationale Betrekkingen 'Clingendael'. (2019). *The status quo defied: The legitimacy of traditional authorities in areas of limited statehood in Mali, Niger and Libya*. /z-wcorg/. https://www.clingendael.org/sites/default/files/2019-09/legitimacy_traditional_authorities_mali_niger_libya.pdf
105. BBC News. (2019, March 26). Mali attack: Behind the Dogon-Fulani violence in Mopti. *BBC*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-africa-47694445>
106. International Crisis Group. (2020). *Reversing Central Mali's Descent into Communal Violence*. International Crisis Group. <https://www.crisisgroup.org/africa/sahel/mali/293-enrayer-la-communautarisation-de-la-violence-au-centre-du-mali>
107. GBESSEMEHLAN, J. (2017). *Plan de gestion intégrée des vecteurs et des pesticides* (pp. 02, 06, 32).
108. Salam Web. (2020). *Islam throughout the world: Mali*. Salam Web Today. <https://today.salamweb.com/islam-throughout-the-world-mali/>
109. Countries and their cultures. (2021). *Mali*. Countries and their Cultures. <https://www.everyculture.com/Ja-Ma/Mali.html>
110. Countries and their cultures. (2021). *Tuareg- Kinship*. Countries and their Cultures. <https://www.everyculture.com/Africa-Middle-East/Tuareg-Kinship.html#ixzz6u7TMHfAJ>
111. de Bruijn, M., & Both, J. (2017). Youth Between State and Rebel (Dis)Orders: Contesting Legitimacy from Below in Sub-Saharan Africa. *Small Wars & Insurgencies*, 28(4-5), 779-798. <https://doi.org/10.1080/09592318.2017.1322329>
112. Rasmussen, S. (2020). Youth as actors and mediators in Tuareg theater and social life (Urban Niger and Mali). *Ateliers d'anthropologie. Revue Éditée Par Le Laboratoire d'ethnologie et de Sociologie Comparative*, 47.