



L'OFFRE DE SOINS EN SOINS DE READAPTATION AU SYSTEME DE SANTE MALIEN: HISTORIQUE, SITUATION ACTUELLE ET DEFIS

Mémoire présenté par

Docteur MAHAMADOU SOKONA

Né le 31/01/1985 à Ségou, MALI

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

Spécialité: Médecine Physique et de Réadaptation

Sous la direction du Professeur : Pr HAJJIOUI ABDERRAZAK

REMERCIEMENTS

*En préambule à ce mémoire, Je remercie le tout puissant ALLAH,
l'Omnipotent, l'Omniscient, le clément, le miséricordieux, le seul et
unique créateur du ciel et de la terre, pour sa grâce de nous avoir
accordé la patience et le courage durant ces quatre années de
formation*

Puisse ALLAH nous éclairer de sa lumière divine, Amen !

A Son Prophète MOHAMED PSL

*«O Dieu! Répands tes grâces et ta paix sur notre Seigneur Mohamed,
celui qui ouvre ce qui était fermé, qui clôt ce qui a précédé, qui fait
triompher la vérité par la vérité et qui guide vers le chemin de la
rectitude et [répands tes grâces] sur sa famille, selon la mesure qui
lui est due, mesure immense.» wasalam*

*Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à mes
parents pour leur soutien, leur contribution et leur patience, mes
proches et ami(e)s, collègues.*

A notre maître, monsieur le professeur

HAJJIOUI ABDERRAZAK

*J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et j'ai trouvé
auprès de vous le conseiller et le guide qui m'a reçu en toutes
circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Vos remarques pertinentes et vos conseils précieux m'ont beaucoup
aidé à améliorer la qualité de ce travail.*

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères

*remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.
A tous Les membres de l'équipe paramédicale du service de MPR du
CHU Hassan II.*

*Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance et toutes mes pensées
de gratitude, à la Société Marocaine de Médecine Physique et de
réadaptation(SOMAREF).*

*Je remercie chaleureusement, Dr EL MANSOURI Nora pour sa
disponibilité, sa générosité et ces conseils.*

*A Tous Nos Maitres, professeurs Faculté de médecine et de pharmacie
de l'Université Sidi Mohammed Ben Abdallah de Fès et du CHU
Hassan II de Fès, Maroc*

*Nous vous remercions pour le travail que vous fournissez dans la
formation des résidents, pour améliorer la prise en charge des
populations. Enseigner est un travail noble, vos efforts produisent des
effets indéniablement positifs tant ils permettent de sauver des vies
humaines à travers le nombre d'élèves que vous formez.*

Une fois de plus Merci.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
LISTE DES SIGLES & ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	8
A. Organisation du système de santé au Mali:.....	10
1. Au niveau des structures de prestations de soins, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux :	10
2. Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :	11
3. Le secteur sanitaire privé :	12
4. Les services de santé de l'armée :	13
5. Les services confessionnels de santé :	13
B. Histoire de la Rééducation et la Réadaptation Fonctionnelle au Mali	14
C. But de l'étude	19
METHODOLOGIE.....	20
RESULTATS	22
1. Accessibilité aux soins de rééducation au Mali	23
2. Principaux acteurs de la réadaptation fonctionnelle au Mali	25
3. Offre de soins de rééducation et réadaptation :	25
4. Ressources humaines spécialisées.....	26
DISCUSSION	29
1. Besoins en soins rééducation et réadaptation :	30
2. Nécessité d'adapter l'offre aux besoins :	33
3. Ressources humaines spécialisées :	39

CONCLUSION	40
RESUME.....	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIE	45

LISTE DES SIGLES & ABREVIATIONS

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

PMI : Prévention Maternelle et Infantile

Csréf : Centre de santé de référence

CRHP : Centre de Réadaptation pour Handicapés Physiques

AAHP : Association d'Aide aux Handicapés Physiques

AMPHP : Association Malienne pour la Promotion des Handicapés
Physiques

INRFP-HP : Institut National de Réadaptation et de Formation
Professionnelles pour Handicapé Physique

CNAOM : Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

ONG : Organisation Non gouvernementale

AMALDEME : Association Malienne de Lutte contre la Déficience
Mentale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EPST : Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques

RHS : Ressources Humaines et Statistiques

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

IOTA : Institut Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

EPH : Etablissement Public Hospitalier

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

LNS : Laboratoire National de la Santé

CREDOS : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la
Survie de l'Enfant

CRLD : Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose

CICR : Comité international de la Croix-Rouge

HI : Handicap International

PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

INTRODUCTION

Le Mali est un pays continental, situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, avec une superficie de 1 241 238 Km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest. Le Mali est divisé en 8 régions administratives et un district. Les régions sont subdivisées en 49 cercles et 703 communes.

La population du Mali est estimée 18,1 millions d'habitants [1] dont 75,4 % vivent en milieu rural, avec 48,8 % de personnes âgées de moins de 15 ans, le Mali se caractérise par une population jeune. Le Mali compte actuellement un peu plus de 2,7 millions de personnes en situation handicaps soit environ 15% de la population selon les chiffres de l'OMS et de la Banque Mondiale [2, 11]

A. Organisation du système de santé au Mali:

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

[3]

1. Au niveau des structures de prestations de soins, la pyramide

sanitaire se décline en trois niveaux :

Le niveau central comprend : 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie et Stomatologie, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau

que sont orientés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées. [3]

Le niveau intermédiaire regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif. [3]

2. Le niveau district sanitaire avec 2 échelons :

(i) Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine traditionnelle dont la collaboration avec la médecine moderne reste à améliorer.

(ii) Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première

référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon. [3]

La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé complété par la carte hospitalière. [3]

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles :

3. Le secteur sanitaire privé :

Les établissements du secteur privé, à but lucratif et non lucratif, autorisés depuis 1985, sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Le nombre d'établissements de soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. En 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les données de la « carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 ». Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont

insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire. [3]

4. Les services de santé de l'armée :

Ils se composent de postes médicaux, d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux : Infirmerie-Hôpital de Kati (IHK) et Infirmerie-Hôpital de Bamako (IHB). Ces établissements au nombre de 19 en 2011 selon les données de la carte sanitaire dans sa version mise à jour en 2011 évoluent de façon parallèle et leurs données sont insuffisamment intégrées au système d'information sanitaire. [3]

5. Les services confessionnels de santé :

Les structures de prestation de services des Organisations religieuses au nombre de 25 selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 » complètent partout l'offre de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire national.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine traditionnelle riche et variée, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. En 2011 on dénombrait 20 structures traditionnelles selon les données de la « carte sanitaire mise à jour en 2011 ». [3]

B. Histoire de la Rééducation et la Réadaptation Fonctionnelle au Mali

Le Mali a connu en 1959 la première épidémie de poliomyélite pendant les années de l'indépendance, comme beaucoup d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest.

En 1963, le Président Modibo KEITA reçut le Prix Lénine de la Paix décerné par l'Union des Républiques Socialistes et Soviétiques (URSS). Avec une moitié de ce Prix, il fit construire le tout premier service public de Rééducation Fonctionnelle et Psychomotrice (Centre Soundjata) dans l'enceinte de la PMI Centrale (actuel Csréf de la commune III) en vue d'assurer la rééducation fonctionnelle des enfants présentant des séquelles de poliomyélite. Ce service fonctionne encore.

Il affecta l'autre moitié du prix au renforcement du Centre Canvelle, qui deviendra le premier Centre de Réadaptation pour Handicapés Physiques (CRHP), sur un terrain affecté à cette cause à l'ex base aérienne de Bamako.

Mais le personnel faisait cruellement défaut. Dans le but de répondre à ce besoin crucial de personnel spécialisé dont le cursus n'avait pas été prévu ni à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP), ni à l'Ecole Supérieure de la Santé (ESS), un cycle supérieur de formation des kinésithérapeutes fut initié par l'Association, sous la direction du feu Pr Bocar SALL, Directeur médical du CRHP en

1973.

Une dizaine de kinésithérapeutes suivit cette formation, dont la reconnaissance se heurtera à l'absence de pallier d'intégration dans la fonction publique : supérieurs aux techniciens de santé, moins que les médecins, ils deviennent 'Assistants médicaux'.[4]

Le 15 mai 1973 est créée l'Association d'Aide aux Handicapés Physiques(AAHP) pour soutenir le Centre. Le CRHP avait pour vocation la réadaptation fonctionnelle des enfants et des adultes, la fabrication et la fourniture d'appareillages, la préscolarisation des enfants handicapés moteurs, l'information et l'appui-conseil aux parents d'enfants handicapés moteurs, le suivi des enfants scolarisés.

Ces deux centres étaient cependant loin de couvrir tous les besoins en rééducation des personnes handicapées physiques ; et de toutes les façons ils ne concernaient qu'une seule catégorie de handicapés.

Il demanda à la coopération française Dr Gérard TRUSCHEL médecin Français, spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation qui arrive en 1974, affecté pendant une dizaine d'années au seul CRHP de Bamako pour assurer les consultations de médecine physique.

En 1976 le Pr SALL est Affecté à l'hôpital de Kati, il eut comme assistants Dr. Abdou A TOURÉ, Sékou SIDIBÉ, Mady MACALOU à cette époque. Ils mobilisaient diverses personnalités de la république en particuliers Dr. Garba KÉITA ancien directeur de cabinet du Ministère de la Santé, un avocat Français Maître DONGAR, le père Michel, M. BOIGNER, Reymond NEGRE, Aly CISSÉ ancien Ministre de la Santé, Mme TALL Fatou SOUCKO etc. Ils renforçaient le Centre de Réadaptation pour Handicapés Physiques (CRHP).

En 1983, le Mali a ratifié la Convention 159 de l'Organisation International du Travail (OIT) sur la réadaptation professionnelle et la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

L'arrêté ministériel n°25-24 du 19 juillet 1983 portant ouverture du centre de spécialisation des kinésithérapeutes sous la direction du Pr Abdou A TOURÉ, a permis la formation continue en kinésithérapie.

En 1985 l'Association d'Aide aux Handicapés Physiques (AAHP) devient l'Association Malienne pour la Promotion des Handicapés Physiques (AMPHP).

L'AMPHP s'engage dans une politique d'extension des services de réadaptation à travers le pays et ouvre deux CRHP régionaux : Gao en novembre 1985 et Ségou en janvier 1989.

La réadaptation fonctionnelle se heurtera également à l'absence au Mali de structures de formation d'orthopédistes, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de placeurs sélectifs, etc.

Des sortants de l'Institut National d'Appareillage (INA), grâce à de nombreuses formations à l'extérieur et par la pratique encadrée sur place, arrivent progressivement à prendre place .

Le gouvernement obtient des bourses de formations de chirurgiens orthopédistes. Mais ceux-ci à leur retour ne sont pas mis au service du centre spécialisé, mais dans des hôpitaux nationaux (Kati, HGT, Pt G, Sikasso) et la collaboration entre eux et le CRHP s'affaiblit progressivement, du fait de la divergence des vocations.

Dans le domaine de la prévention et de l'intégration des personnes handicapées motrices, l'Association d'Aide aux Handicapés Physiques, en collaboration avec l'Institut National de Réadaptation de Saint Maurice en France, le Centre International de l'Enfance (éditeur de la revue 'L'enfant en milieu tropical') et le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, a organisé un séminaire d'élaboration d'un programme pilote de Soins de Rééducation Primaires en 1982-1983 qui sera mis en œuvre jusqu'en 1998 dans le cercle de Niono par Pierre

PROVOOST, avec le soutien de l'association française Raoul FOLLEREAU, et plus tard par Handicap International. Lié à la seule personne du dévoué Pierre PROVOOST, il ne pourra se généraliser bien que très réussi, et ce malgré l'appui fourni par Handicap International pendant deux ans.

Dans le cadre d'une restructuration avec le souci de s'accorder avec la pyramide des SSP, l'AMPHP crée un Institut National de Réadaptation et de Formation Professionnelle pour Handicapés Physiques (INRFP-HP) à Bamako (1985) qui devient le Centre National d'Appareillages Orthopédiques du Mali (CNAOM). Celui-ci est renforcé grâce à une Convention passée avec l'ONG Handicap International qui lui permet d'ouvrir des antennes en 1998-2000 dans la plupart des hôpitaux régionaux.

Dans les années 90 l'ouverture de deux nouvelles structures de réadaptation fonctionnelles : l'Institut Marchoux pour les personnes handicapées de la lèpre qui devient CNAM, et ensuite un centre privé sur initiative du Père Vespieren (Le Centre Père Bernard VESPIERIEN)

1992-95 : L'ouverture de plusieurs antennes régionales du CNAOM à Mopti, Sikasso, Ségou, Tombouctou et Gao. Appui en formation et les équipements par CICR et HI.

1993 : Adoption d'une politique nationale de solidarité, en direction et des personnes en situations de handicaps en particulier et des groupes vulnérables de façon général.

2000–2003 : l'Etat nationalise le CNAOM, avec une convention tripartite entre Etat, Handicap International, AMPHP. [5]

Le CNAOM reçoit un appui du CICR et HI dans la dotation en équipements et consommables ainsi que le renforcement de capacités des ressources humaines par l'octroi de bourses de stages et des formations. [5]

C. But de l'étude

Ce travail avait pour objectif de faire le bilan des acquis dans le domaine de la rééducation et réadaptation fonctionnelle au Mali, et de discuter, à la lumière de cet état des lieux, les inadéquations de l'offre de soins de rééducation et les besoins spécifiques pour une meilleure prise en charge des personnes souffrants de déficiences, d'incapacités et d'handicapes au Mali.

METHODOLOGIE

Pour dresser l'état des lieux concernant les offres de soins de rééducation fonctionnelle et les besoins spécifiques en soins médicaux et de réadaptation, au Mali, nous avons consulté plusieurs bases de données médicales et scientifiques (Pubmed, Embase et googlescholar), les sites officiels des organismes internationaux (OMS, HI, FATO, UNFPA, PNUD) avec les mots clefs suivant « Rééducation », « handicaps », « Mali », « Besoins de Réadaptation » et « politique de santé ».

Nous avons également consulté les documents officiels du Mali comme Plan décennal de développement sanitaire et social (pddss) 2014–2023 : cellule de planification et de statistique secteur sante, développement social et promotion de la famille, Plan stratégique pour la promotion socio-économique des personnes en situation de handicap. Couvrant la période 2015–2024 du Ministère de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du nord.

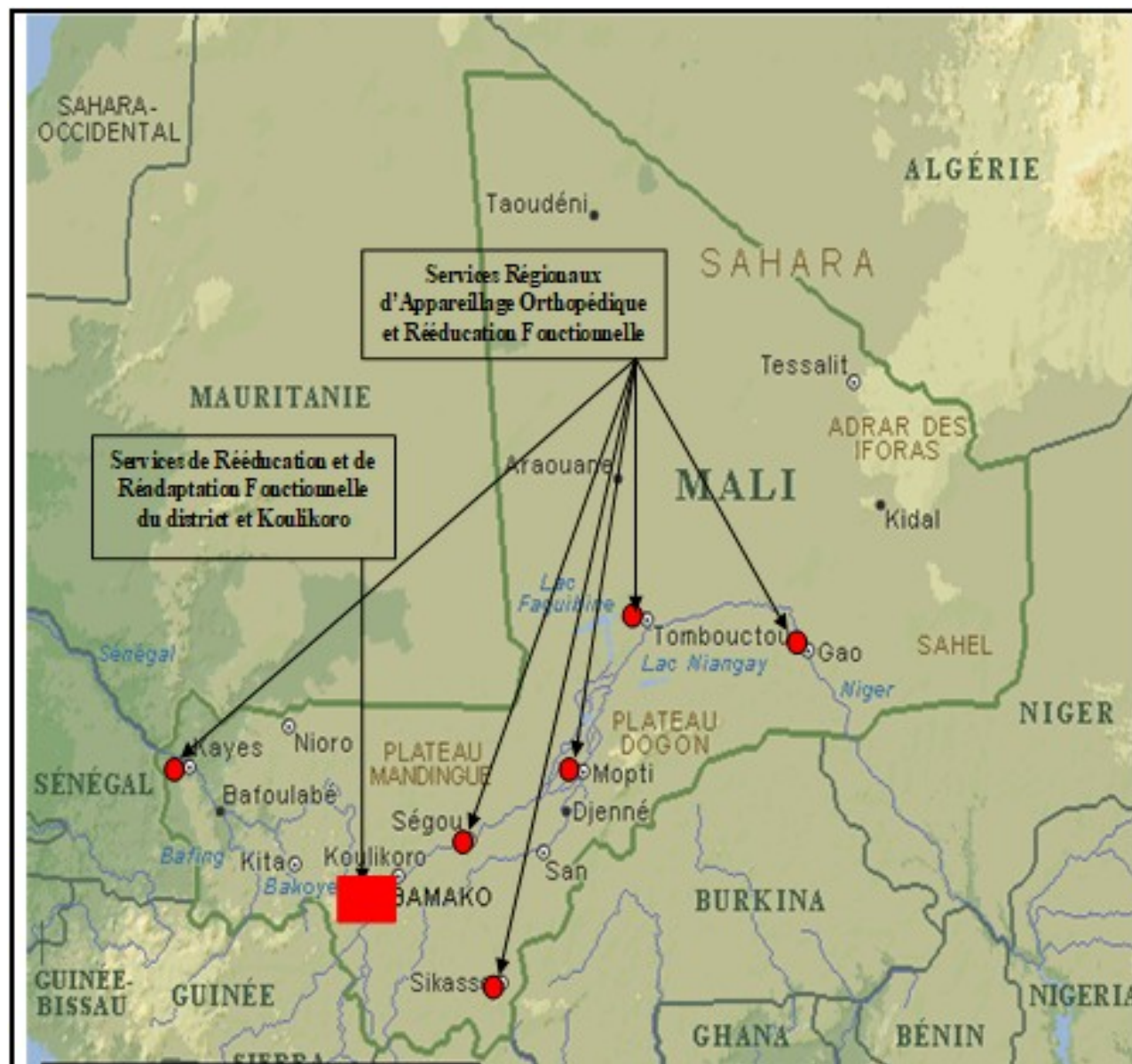
RESULTATS

1. Accessibilité aux soins de rééducation au Mali

Les structures proposant les soins de rééducation au Mali par localités:

- District de Bamako (CNAOM, CNAM, AMALDEME, CHU point G, CHU Gabriel Touré, Hôpital du Mali, Csréf Commune III (PMI centrale), Maison des Aînés, Hôpital Mère-Enfant de Luxembourg) ; Centre Père Bernard Verspiren ; Cabinet de Kinésithérapie St Joseph; Le centre médicale de rééducation et réadaptation de l'hippodrome ;
- Région de Kayes (Hôpital Régional, AMALDEME) ;
- Région de Koulikoro (Csréf Koulikoro, CHU Kati) ;
- Région de Sikasso (Hôpital Régional, Csréf Bougouni, AMALDEME Bougouni, AMALDEME Sikasso-ville) ;
- Région de Ségou (Hôpital Régional, AMALDEME Ségou ville, CsréfNiono, Csréf de San) ;
- Région de Mopti (Hôpital Régional, AMALDEME Mopti ville) ;
- Région de Tombouctou (Hôpital Régional, AMALDEME Tombouctou ville) ;
- Région de Gao (Hôpital Régional, AMALDEME Gao-ville).

Carte de localisation des services de rééducation et de réadaptation fonctionnelle
des Établissements Publics Hospitaliers du Mali [5]



2. Principaux acteurs de la réadaptation fonctionnelle au Mali

Un comité de pilotage du Programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC), assure la coordination entre les différents acteurs.

L'Etat soutient la politique de solidarité pour les personnes en situation de handicap ; l'Institut National de Prévoyance Sociale ; les associations, les bénévoles et les parents des personnes en situations de handicaps interviennent par le plaidoyer; le secteur libéral ; les ONG (Handicap International, CICR, Fondation Raoul Follereau, SightSavers etc.), les Partenaire Technique et Financier accompagnent par le renforcement des capacités, l'appui et conseil. [5]

3. Offre de soins de rééducation et réadaptation :

L'accès aux services de soins médicaux est très précaires au Mali pour les personnes présentant un déficit, une limitation d'activité ou une restriction de participation ou autrement dit les personnes en situation de handicap, seul le CNAOM et ces antennes régionaux son considérer comme structures de références dans la prise en charge des PSH. En d'autres termes, il n'existe pas pour les PSH un offre de soins répondant à leurs besoins ni adaptée à leur situation.

Les services de MPR, inexistants dans tout le secteur de santé au Mali en public ainsi que le secteur privé, et sont de loin pour répondre à la demande en

soins médicaux de rééducation et de réadaptation destinés aux PSH.

La politique de santé de rééducation actuelle au Mali, est basée sur la prise en charge essentiellement ambulatoire des personnes en situation de handicap et un programme de réadaptation à base communautaire [12]. En effet, l'offre en rééducation et réadaptation dans le secteur de santé, est quasi-limitée à des centres ambulatoires dits de « rééducation et d'appareillage orthopédique et des unités de kinésithérapie», n'offrant pas de possibilité d'hébergement pour les patients. Cependant, les personnes en situation de handicap notamment moteur (majoritairement en milieu rural) sont dans l'incapacité de se déplacer, avec leurs propres moyens, tous les jours vers ces centres ambulatoires souvent éloignés de leur lieu de résidence, ce qui explique l'exclusion d'un grand nombre de patients de ce type de prise en charge ainsi le développement du programme de réadaptation à base communautaire qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles en répondant à leurs besoins essentiels et en assurant leur participation et leur inclusion dans la société [13].

4. Ressources humaines spécialisées

L'Organisation Mondiale de la Santé ne recommande ni « Étalon d'or » ni norme de densité minimale pour les RHS au service de la rééducation dans un pays

ou une région donnée. [9]

En dehors des organigrammes officiels adoptés pour chaque Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique par le Conseil des Ministres, il n'existe pas de standard professionnels adoptés par le Mali par rapport à des services de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

La MPR est une spécialité hospitalière, comme toutes les autres disciplines médicales qui prend en charge les personnes en situation déficience, limitation de participation et ou de handicap quelle qu'en soit l'étiologie, de leur prise en charge initial jusqu'à leurs insertion socioprofessionnelle. Cette spécialité, largement intégrée aux systèmes de santé des pays développés est inexistant au Mali. Aucun service de médecine physique et réadaptation dans le secteur de santé au Mali, ni médecin spécialiste. [4] Ce manque en ressources humaines s'étend aussi aux professions paramédicales est très important dans ce secteur de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. En effet, selon le rapport de la cellule de planification et de statistique du ministère de la santé, le secteur public ne disposait en 2016 aucun médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, aucun ergothérapeute, aucun orthophoniste, pas de psychomotricien, ni podologue, une centaine de kinésithérapeutes, une quinzaine de techniciens orthoprothésistes, selon d'autre

source d'information non officiel il existe, actuellement au Mali un Médecin de médecine physique et réadaptation récemment rentré, un en formation au Maroc et un autre en formation en Côte d'Ivoire ; deux orthophonistes en secteur libéral pour l'ensemble de la population ce qui est fort insuffisant pour répondre à une demande énorme et croissante. L'Institut National de Formation en science de la santé (INFSS) forme actuellement une dizaine de kinésithérapeutes par an. Beaucoup d'entre eux travaillent le secteur libéral. [10]

DISCUSSION

1. Besoins en soins rééducation et réadaptation :

La prise en charge des personnes en situation de handicap, notamment ceux qui souffrent de handicaps neurologiques lourds (hémiplégie, paraplégie, tétraplégie...etc.), dans la plupart des systèmes de santé dans le monde fait appel essentiellement à des services hospitaliers de médecine physique et de réadaptation (MPR) [6]. Dans ces services, les patients peuvent bénéficier d'une rééducation et réadaptation qui les prépare à la reprise de leur vie antérieure avec une autonomie la plus optimale possible. Ces services offrent un ensemble de soins médicaux et paramédicaux multidisciplinaires (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie Neuropsychologie, Psychologie, Podologie, assistance sociale, appareillage...etc.) qui ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'une hospitalisation notamment pour les patients souffrant de handicaps lourds. En effet, le patient hospitalisé dans un service de MPR peut recevoir les soins médicaux dont il a besoin, notamment pour les complications évolutives et de décubitus, tout en bénéficiant d'activités de rééducation et/ou de réadaptation et de réhabilitation ayant pour objectif sa réintégration dans la société avec un niveau d'autonomie optimal et la prévention des autres complications, souvent beaucoup plus coûteuses au système de santé que cette même hospitalisation [6,7].

Selon le rapport mondial sur le handicap, les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation (moyen séjours) devraient représenter entre 10 et 30% de l'ensemble de la capacité litière [8]. Le secteur public de santé au Mali, devrait assurer au minimum une offre de service de Médecine Physique et Réadaptation dans tous les CHU avec des lits dédiés à la rééducation et réadaptation, ce qui est loin d'être le cas, puisque dans le programme d'extension des hôpitaux ne figurent pas pour l'instant la création d'un service de MPR.

Cela rapporté dans le rapport de la réhabilitation 2030 appel à l'action de OMS qui mentionne « Parmi les obstacles actuels au renforcement et à l'extension de la réadaptation dans les pays figurent notamment : Une importance insuffisante accordée par les gouvernements face à des priorités concurrentes ; l'absence de politiques et d'une planification de la réadaptation aux niveaux national et infranational ; l'absence de centres et d'équipement de réadaptation ; et le manque d'intégration dans les systèmes de santé...» [16]

Se limiter uniquement à une rééducation ambulatoire signifie l'exclusion de tous les patients incapables de se rendre à ces centres ambulatoire de rééducation, sont surtout eux qui souffrent de handicaps lourds nécessitant une prise en charge médical et ce sont ceux généralement qui ont le plus besoin de rééducation. Les

centres de rééducation ambulatoire gardent une place importante dans le système de santé comme structures d'aval que le patient peut fréquenter au décours de son hospitalisation initiale pour poursuivre sa rééducation, dès que son niveau d'autonomie le permette.

Avoir droit à des soins médicaux de la même qualité que les autres personnes, signifie aussi avoir droit à une prise en charge dans une structure en milieu hospitalier pour pouvoir faire sa rééducation, et ne pas perdre ses chances de récupération ou de réadaptation. La réadaptation est un élément indispensable dans la continuité des soins, au même titre que la prévention, la promotion, le traitement et les soins palliatifs. Elle devrait par conséquent être considérée comme une composante essentielle des services de santé intégrés. [16] Il est temps que l'état Malienne assure dans un cadre politique clair, les recommandations de l'union africaine dans la lutte contre le handicap, la création des structures permettant la prise en charge adéquate des PSH et favorise le développement des services de réadaptations dans tous les pays du continent Africain. [17,18]

2. Nécessité d'adapter l'offre aux besoins :

La création des structures hospitalières dédiées à la rééducation et réadaptation fonctionnelle au moins dans les CHU du Mali, notamment des services de MPR semble être un bon investissement médical, économique et social qui mérite une bonne considération de la part du système de santé Malien. Elle constitue un investissement dans le capital humain qui contribue au développement sanitaire, économique et social.[16] En effet, ces services beaucoup moins coûteux, permettraient de décharger rapidement les lits de services plus aigus (réanimation, chirurgie et médecine) en garantissant une continuité de soins médicaux, une prévention des complications, en plus d'une préparation active et optimale pour une réintégration sociale et professionnelle efficace. Ce type de prise en charge serait ainsi bénéfique aussi bien pour l'individu (accès à ses droits citoyens) que pour la société (économie de dépenses de santé, récupération d'une personne productive). Par ailleurs, la mise en place de ces services dans les centres hospitaliers universitaires est la première étape vers la promotion de la recherche médicale dans le domaine du handicap, avec développement de méthodes et de techniques de réhabilitation adaptées aux exigences environnementales et au contexte culturel des patients.

Cependant, les objectifs généraux des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, sont les suivants :

Lorsque le programme de rééducation, réadaptation et réinsertion s'inscrit dans le traitement curatif d'une déficience dont la récupération complète est attendue :

- Dépister, prévenir et traiter les différentes complications essentielles à l'état général du patient, à l'alitement éventuel, à la lésion elle-même ou à la proximité de la chirurgie.
- Prévenir et traiter les douleurs.
- Favoriser et guider la guérison, la récupération des déficiences.
- Restaurer au maximum possible les capacités fonctionnelles antérieures.
- Lorsqu'il existe des séquelles persistantes ou que de nouvelles limitations de participation sont à craindre, s'ajoutent les objectifs suivants qui relèvent plus particulièrement des structures de prise en charges spécialisées :
 - Evaluation et la limitation des conséquences fonctionnelles de l'aggravation dans le cas de pathologies évolutives, prévenir les déformations, maintenir les fonctions.

- L'éducation thérapeutique pour permettre au patient et de son entourage la connaissance des mécanismes, de ses déficiences et handicaps, de leur retentissement fonctionnel, psychologique et social, des éventuels risques encourus, de l'intérêt de l'auto entretien.
- Des bilans réguliers de suivi et d'évaluation doit être systématique pour dépister et prévenir certaines aggravations, adapter la prise en charge aux nouveaux besoins et aux nouvelles technologies.

a. **Les compétences nécessaires**

Les compétences médicales obligatoires dans un service de Médecine physique et de réadaptation: Un médecin MPR ou médecin justifiant d'une formation attestée en MPR. La prise en charge de certaines affection doit nécessite obligatoirement la présence ou accès à un spécialiste, Cardiologue, pneumologue, Hématon oncologue, endocrinologue... [10]

- a. **Compétences non médicales obligatoires** : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute et ergothérapeute, orthophoniste et psychologue.

La structure peut également apporter une prise en charge par : ortho-prothésiste, podologue, équipe d'insertion sociale et professionnelle, éducateur,

enseignant en activité physique adaptée, diététicien, etc. La mise en place d'une consultation d'appareillage doit être possible. Les autres consultations spécialisées doit être facilité

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale, par la présence d'au moins un infirmier la nuit et par la possibilité de kinésithérapie le week-end et les jours fériés. [10]

b. Les moyens matériels :

Dans les obstacles actuels au renforcement et à l'extension de la réadaptation dans les pays a été mentionner dans le rapport de l'OMS inclut également l'absence de centres et d'équipement de réadaptation. [16] La mise en place des services de Médecine physique et réadaptation dans les structures hospitalières au Mali nécessitera un minimum de plateau technique indispensable.

c. Équipements obligatoires

- Plateau de kinésithérapie avec équipements, différentes techniques d'électro-physiothérapie notamment pour le traitement de la douleur, la reprogrammation neuromusculaire, stimulation électrique fonctionnelle, rééducation de l'équilibre et de la marche, le réentraînement à l'effort...
- Plateau d'ergothérapie : équipé pour la rééducation analytique et globale

du geste et de la fonction, la réalisation de petits appareillages, la réadaptation au milieu familial et éventuellement professionnel (avec cuisine, salle de bain, voire chambre non médicalisée)

- Plateau d'orthophonie et neuropsychologie équipé de matériels de rééducation neuropsychologique, du langage, de la communication et en particulier avec support informatique.
- Accès à un EMG sur place ou par convention
- Appareille d'Echographie musculo-squelettique
- Accès à un atelier d'appareillage et/ou d'ajustement d'aides techniques ou technologiques (communication, interaction avec l'environnement, informatique)
- Salle de sport pour Activité physique adaptée
- Accès à un atelier fauteuil roulants (adaptations spécifiques et maintenance).
- Chariot d'urgence
- L'accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs.[10]

d. Equipements spécifiques souhaitables

Une structure rééducation doit disposer sur place d'équipement d'isocinétisme

et d'installation de balnéothérapie ainsi qu'à un laboratoire d'urodynamique et une plate d'analyse du mouvement. [10]

e. Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre, la structure autorisée doit être capable de prendre en charge une ou plusieurs des pathologies / situations suivantes : polytraumatismes ; polyhandicaps lourds; traumatismes crânio-encéphaliques graves ; traumatologie du rachis ; suites d'amputations ; scoliose évolutive ; affections neuromusculaires ; les affections orthopédiques ; ostéochondrite et épiphysiolyse. AVC avec troubles cognitifs ; pathologies médullaires ; affections démyélinisantes et pathologies neuromusculaires; maladies musculaires (dystrophies musculaires et myopathies) et neurodégénératives, paralysie cérébrale. [10]

Il est illusoire de s'attendre à l'amélioration de la situation des PSH par le seul développement de la prise en charge médicale ou de rééducation uniquement ambulatoire. Il est nécessaire d'adopter une stratégie globale de promotion des soins de suite et réadaptation fonctionnelle des patients nécessitant une prise en charge à tous les domaines de la vie publique et privée afin de permettre une intégration sociale et professionnelle idéale. [15]

3. Ressources humaines spécialisées :

Le manque en ressources humaines spécialisées dans la prise en charge des patients présentant des déficiences, incapacités ou limitation de participation constitue un véritable obstacle de la politique nationale en matière de réadaptation. [16] Pour répondre à ce besoin crucial en ressources humaines spécialisées, l'Etat Malien doit entreprendre des actions urgentes par la formation et le renforcement des effectifs des professionnels de la rééducation pour répondre à l'objectif d'engagement de la Réadaptation 2030 : Constituer un effectif de professionnels de la réadaptation solide et multidisciplinaire, adapté au contexte national, et promouvoir l'inclusion des notions liées à la réadaptation dans l'ensemble de la formation des personnels de santé. [16] La création de nouvelles filières telles que l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychologie clinique, la podologie, la psychomotricité à l'Institut National de formation en Science de la Santé. L'introduction des modules sur le handicap, la rééducation et la réadaptation dans le cursus de formation de médical. La création de leadership et un soutien politique fort en faveur de la réadaptation aux niveaux mondial, national et infranational. [16]

L'ouverture des postes de spécialiste en MPR dans la fonction public et dans l'enseignement universitaire.

CONCLUSION

La prise en charge médico-sociale des personnes souffrant de déficience, d'incapacité ou limitation de participation doit être une priorité du système de santé Malien afin de leur garantir l'accès à des soins de suite, de rééducation, de réadaptation fonctionnelle, et pour les réinsérer dans une vie socio-professionnelle productive, pour cela: La création urgente des services hospitaliers de médecine physique et de réadaptation dans tous les CHU du Mali, la formation des professionnels médicales de la rééducation et la création d'un département de recherche sur le handicap sont les principaux moyens pour garantir une meilleur prise charge des personnes en situation de handicap.

RESUME

Contexte : Le Mali, a une population estimée à 18,1 millions d'habitants et la prévalence du handicap est environ 15% de la population selon l'OMS et la Banque Mondiale.

Ce travail avait pour objectif de faire le bilan des acquis dans la rééducation fonctionnelle, et de discuter, les inadéquations de l'offre de soins de rééducation et les besoins spécifiques pour une meilleure prise en charge des personnes souffrants de handicap au Mali.

Méthodes :

Nous avons consulté plusieurs bases de données médicales et scientifiques (Pubmed, Embase et googlescholar), les sites officiels des organismes internationaux (OMS, HI, FATO, UNFPA, PNUD) et les documents officiels du Mali.

Résultats :

Le Centre National d'Appareillages Orthopédiques du Mali est la structure de référence nationale en réadaptation fonctionnelle. Selon l'OMS concernant les besoins hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation, le Mali devrait assurer au minimum la création d'un service de Médecine physique et Réadaptation (MPR) dans tous les Etablissements Publics Hospitaliers de 3ème référence.

Le Mali compte une centaine de kinésithérapeutes, deux Orthophonistes, aucun Médecin de MPR. Ce manque en personnel constitue un obstacle dans les prises en charge rééducative.

Conclusion :

La création des services hospitaliers de MPR dans tous les CHU du Mali, la formation des professionnels médicaux de la rééducation et la création d'un centre de recherche sur le handicap sont les principaux moyens pour garantir une meilleure prise en charge des personnes en situation de handicap.

Mots clés : Rééducation et réadaptation, handicap, Politique de santé, Mali.

Abstract:

Context: Mali has an estimated population of 18.1 million inhabitants and the prevalence of disability is about 15% of the population according to OMS and the World Bank.

The aim of this work was to take stock of the achievements in the functional rehabilitation, and to discuss, the inadequacies of the provision of rehabilitation care and the specific needs for a better management of people suffering from disabilities in Mali.

Methods:

We have consulted several medical and scientific databases (Pubmed, EMBASE and Google Scholar), official sites of international organizations (OMS, HI, FATO, UNFPA, UNDP) and official documents of Mali.

Results:

The National Centre for orthopedic equipment in Mali is the national reference structure in functional rehabilitation. According to the who concerning the hospital needs for follow-up care and rehabilitation, Mali should ensure at least the creation of a service of physical medicine and rehabilitation (MPR) in all hospital public establishments of 3rd Reference.

Mali has a hundred physiotherapists, two speech therapists, no doctor of MPR. This lack of staff is an obstacle in the re-education management.

Conclusion:

The establishment of MPR's hospital services in all Mali CHU, the training of medical professionals in rehabilitation and the creation of a disability research center are the main means to ensure better management of people with disabilities.

Keywords: Rehabilitation and rehabilitation, disability, health policy, Mali.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

- [1]. **HANDICAP INTERNATIONAL : UNFDPA 2016**
- [2]. **Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur le handicap au Mali.**
2016
- [3]. **Plan decennal de developpement sanitaire et social (pddss) 2014–2023 :**
Secrétariat permanent du PRODESS cellule de planification et de
statistique secteur sante, développement social et promotion de la
famille du mali : 2012
- [4]. **M. SOKONA : Thèse de doctorat en médecine général ; faculté de**
médecine, de pharmacie et Odonto–Stomatologie de bamako : 2013
- [5]. **<http://www.fatoafrique.org> consulté le 11/12/2018 à 21h 53**
- [6]. **Cardenas DD, Haselkorn JK, McElligott JM, Gnatz SM. (2001) A**
bibliography of cost–effectiveness practices in physical medicine and
rehabilitation: AAPM&R white paper. Arch Phys Med Rehabil; 82: 711–
719.
- [7]. **Haute autorité de santé. Rapport d'évaluation : le recours à l'hôpital en**
Europe. Haute Autorité de santé; 2009, [http://www.
sante.fr/portail/upload/docs/application/ pdf/2009-04/
rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09- 48](http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48.pdf)

38_85.pdf.

- [8]. **Organisation Mondiale de la santé. Banque mondiale.** Rapport mondial sur le handicap. OMS; 2011.
- [9]. **www.who.int/hrh/statistics: Spotlig OMS :** Statistiques sur le personnel de santé numéros 7, juillet 2009 (consulté 28/01/2013 à 01h 34 mn).
- [10]. **Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative France:** circulaire n°dhos/o1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation ; France.
- [11]. **Handicap International :** Information fédérale –Fiche Pays Mali – 2017 09 FR
- [12]. **Appui au programme national de Réadaptation à Base communautaire (RBC) au Mali :** 2000
- [13]. **Organisation Mondiale de la Santé.** Réadaptation à base communautaire Guide de RBC : 2011
- [14]. **Direction des ressources humaines secteur sante, développement social et promotion de la famille :** Annuaire statistique 2016 des ressources humaines du secteur sante, developpement social et promotion de la

famille

- [15]. **A. Hajjiouia, M. Fourtassib, C. Nejjaric** : Le handicap au Maroc : étude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation volume 35, Issue 1, March 2015, Pages 33–37
- [16]. **Organisation Mondiale de la Santé**. Réadaptation 2030 : un appel à l'action. 2017, Genève, Suisse: Editions de l'OMS.
- [17]. **Union Africaine**. Accord portant création de l'Institut africain de réadaptation (ARI), 1985, Addis–Ababa.www.africa union.org/official (consulté le 04/04/ 2019 à 16h00).
- [18]. **Union Africaine**. Plan d'action continental de la décennie africaine des personnes handicapées 2010–2019. www.africa–union.org/ (consulté le 04/04/ 2019 à 15h00).