



ÉDITO

Le 26 avril dernier, M. Pierre Pougnaud, Conseiller Technique de la Délégation à l'Action Extérieure des Collectivités Locales du MAE nous informait de l'évolution de la coopération décentralisée et de ses dynamiques contextuelles au Nord comme au Sud. La matinée consacrée à ce sujet passe trop vite, mais une fois encore elle permet aux responsables d'associations de solidarité internationale ou élus locaux, de mesurer le chemin parcouru et d'entrevoir ce qui est encore à faire.

Dans cet avenir, les collectivités territoriales au Mali, et principalement les nouvelles communes rurales sont très désireuses de mener des partenariats avec des collectivités territoriales en France. En milieu rural, le bon niveau devrait être celui des intercommunalités.

- la commune rurale de Sirakorola, cercle de Koulikoro, (55 villages, 26883 habitants) est en contact avec la commune de la Vespère dans le Calvados.

La Commune Rurale de Sinkolo, cercle de Koutiala, (9 villages, environ 8950 habitants) et la Commune Rurale de Diouradougou-Kafo, cercle de Koutiala, (10 villages, environ 7161 habitants) sont à la recherche d'un partenariat. Elles sont très proches de Koloningué, commune rurale du Cercle de Koutiala, (11 villages, 15000 habitants) et avec laquelle notre communauté de communes du Pays de la Marche dans l'Orne (13 communes et 2600 habitants) a signé au Mali en novembre 2005 une convention de partenariat : jumelage-coopération.

La demande des collectivités du Mali est importante. Les élections municipales passées en France, il est temps de s'engager maintenant.

La solidarité internationale était-elle dans votre programme ? Des associations vous sollicitent peut être pour conduire avec elles des projets déjà en cours ? Le cadre légal de la coopération décentralisée vous ouvre la possibilité de signer des conventions avec des collectivités territoriales étrangères. Avec l'appui du conseil Régional. N'hésitez donc plus à vous engager. Avec l'appui du Conseil Régional, Horizons Solidaires vous accompagnera dans cette démarche d'ouverture de découverte d'autres cultures et d'enrichissement mutuel.

La dernière plate forme a fait l'objet d'un retour sur vos missions effectuées en début d'année avec notamment l'expérience de Mortagne au Perche qui a réussi à relancer sur de nouvelles bases sa coopération avec Mopti jusqu'ici en somnolence.

Coopération décentralisée Mortagne au Perche / Mopti : Exemple d'une relance de partenariat

C'est en 1975 que Mortagne au Perche (5 000 habitants) et Mopti (100 000 habitants) au Mali ont signé une charte de villes jumelées.

En 33 années de jumelage, de très nombreux déplacements ont permis de mieux se connaître et d'échanger sur nos cultures et nos modes de vie si différents, sur nos difficultés, nos projets, nos priorités, etc.

Au cours des dix premières années, le comité de jumelage a principalement travaillé avec l'hôpital de Mopti en envoyant des médicaments et du petit matériel chirurgical.

Durant les années 80, nous avons construit un marché couvert, nous avons pris en formation professionnelle plusieurs jeunes et, chaque année, un groupe de jeunes garçons et filles est allé planter des centaines d'arbres en ville de Mopti et le long de la digue de Sévaré.

A la demande de notre jumelle, les années 90 se sont portées sur une aide scolaire avec la fabrication sur place de tables et de tableaux pour les classes les plus démunies. Environ douze tonnes de fournitures scolaires (cahiers, crayons, ardoises, craies) ont été acheminées dans les écoles.

En janvier 2008, le Président du comité de jumelage et un maire adjoint de Mortagne se sont rendus en mission à Mopti pour rencontrer le Maire et les élus afin d'examiner avec eux les projets de la ville, les priorités qu'ils se donnent et les possibilités de notre collaboration.

Les entretiens avec le Maire, Monsieur Oumar BATILY et l'ingénieur des services techniques, Monsieur Mady BAGAYOKO, ont été très enrichissants, et de part et d'autre des engagements ont été pris sur le renforcement de collaboration.

Dès le mois de mars, la ville de Mortagne a signé une convention de coopération décentralisée avec Mopti et a pris l'engagement d'apporter son concours sur le dossier d'assainissement présenté par la ville de Mopti.

Mopti, surnommée « la Venise malienne » se situe au confluent du Bani et du Niger, et, en périodes de crues, est entourée à 80% par les eaux, favorables à la culture du riz.

C'est une cité plate, qui a de gros problèmes pour résoudre les évacuations d'égouts et qui commence à être envahie par les plastiques en tout genre.

Pour la santé publique et le bien-être des habitants, il était urgent que les élus prennent conscience de ce phénomène et élaborent des études sur l'assainissement de la ville.

C'est chose faite, avec l'aide de Maurepas, d'importants dossiers sont en cours et l'on peut voir dans certains quartiers des rues entièrement raccordées au collectif d'égout et ensuite pavées avec des auto-bloquants issus de la récupération des sacs plastiques, fondus et moulés à la dimension d'un pavé béton.

La coopération de la ville de Mortagne apportera donc son aide sur ces dossiers prioritaires que sont l'assainissement des principaux quartiers de la ville de Mopti.

LE SYSTÈME DE SANTÉ AU MALI

La représentation de la maladie dans la société mandingue

La culture mandingue s'étend sur une quinzaine de pays d'Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire (Dioulas), Guinée (Malinkés), Mali (Bambaras), Gambie, Sierra Leone, etc. Cette population d'environ dix millions de personnes possède un socle culturel

commun avec deux concepts fondamentaux : l'omniprésence du sacré dans la vie quotidienne et le caractère sacré et omnipotent du Verbe.

Pour comprendre les différences de représentation entre nos deux cultures, il faut utiliser quelques notions d'anthropologie médicale anglo-saxonne. Celle-ci appréhende la maladie en séparant *illness* (expérience subjective et individuelle de la souffrance - "je me sens malade"), *sickness* (réalité sociale et culturelle de la maladie - "nous, ta famille, ton groupe social voyons/croyons que tu es malade") et *disease* (objectivation biomédicale - "moi, médecin, je te dis que tu es malade"). Autant, l'analyse scientifique de la maladie (*disease*) est indépendante de l'endroit et de l'observateur, autant le vécu personnel (*illness*) et social (*sickness*) est dépendant du milieu dans

lequel vit le patient. Refuser cette notion reviendrait à pratiquer un ethnocentrisme stérile et inefficace. Tout processus d'aide doit se fonder sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs, de ses besoins.

Nous allons tenter d'appréhender la représentation mandingue de la maladie. Les citations en bambara apparaissent en italique, suivies de leur traduction littérale en français. Premier point, de par les conditions de vie difficiles, la maladie est une catastrophe : *jugu tè maa la bana de ye jugu ye* ("l'homme n'a pas d'ennemi, la maladie seule est l'ennemie").

Les conséquences peuvent être graves, pour la personne concernée mais également pour toute sa communauté. Il existe une réelle anxiété anticipatoire et de nombreuses règles sociales visent à prévenir son irruption dans une famille.

Quelques indicateurs statistiques de la santé au Mali

Les données statistiques émanent des différents niveaux de la pyramide sanitaire par le système SLIS (système information sanitaire). Ces données sont complétées par les enquêtes démographie santé (EDS I en 2001, EDS II en cours) et analysées par la cellule planification/statistique du ministère de la santé.

Mali / France

Espérance de vie à la naissance (H/F) : 45/47 / 77/84 ans
Espérance de vie, en bonne santé, à la naissance (H/F) : 37/38 / 69/75 ans

Taux de mortalité infantile (/1000 personnes) : 120 / 4
Taux de mortalité néo natal (/1000 naissance) : 54 / 7

Décès dus au VIH/SIDA (/10 000 pers., par année) : 81 / 2
Taux mortalité (st. âge) pour maladies non transm. (/ 100 000 pers.) : 909 / 368
Taux mortalité (standardisé âge) pour maladies cardiovasculaires : 456 / 118

Prévalence VIH adultes (/ 100 000 pers. >15 ans) : 1572 / 263
Prévalence Tuberculose (/ 100 000 pers.) : 578 / 10

Accès à l'eau potable, population urbaine : 78% / 100%
Accès à l'eau potable, population rurale : 36% / 100%

Nombre de médecins par densité de population (1000 pers.) : 0.08 / 3,37
Nombre d'infirmières par densité de population (1000 pers.) : 0.45 / 7,24
Nombre de dentistes par densité de population (1000 pers.) : 0.01 / 0.68
Nombre de pharmaciens par densité de population (1000 pers.) : 0.03 / 1.06

Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int., 2004) : 54 / 3040
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2004) : 6,6 / 10,5
Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA) : 1 000 / 30 540



En effet, deuxième point fondamental, dans cette société où le sacré est omniprésent, *fosi tè kè ni sababu t'a la* ("rien ne se produit sans cause"), la maladie ne survient pas par hasard. Elle est la conséquence d'une rupture de l'ordre cosmique, d'un déséquilibre dans la relation entretenue entre le malade et son environnement humain, les divinités, les djinns (*jiné*), les ancêtres... En France, le patient a attrapé une grippe, au Mali, *bana y'a miné* ("la maladie l'a attrapé").

Même si sa cause est reconnue naturelle par les Mandingues (par exemple, le froid provoquant le rhume), l'intervention d'autres facteurs, entraînant ou favorisant son apparition, n'est pas exclue.

Une première catégorie de maladies comporte celles liées à la malchance ou à une intervention divine. Par définition, elles ne sont pas évitables mais sont considérées, de prime abord, comme bénignes :

- *alabana* ("maladie de Dieu"), qui ne peut être grave puisque Dieu est bon ;
- *dakanbana* ("maladie de la destinée"), liée au destin

personnel, à l'âme, le *ni*.

La deuxième catégorie regroupe celles d'origine humaine ou surnaturelle, magico-religieuses. Les caractères inhabituels de la maladie (début brutal, aggravation, résistance au traitement occidental, décès...) font craindre la colère des "âmes-forces" ou leur mise en oeuvre par malveillance (*dabalibana* "maladie par maléfice"). Les différentes causes possibles sont :

- rupture d'interdit, volontaire ou involontaire, atteignant le *tere* de l'homme (sa force et sa conscience) ;
- utilisation de *boli* ("fétiche") ou de sort, par *mogo*

Les pages thématiques

- utilisation de *boli* ("fétiche") ou de sort, par *mogo jugu* ("méchant personne"), *subaga* (sorcier) ou *gundo mogo* (prêtres des sociétés secrètes du *do*, du *komo* ou du *nama*) ;
- contact avec une personne ayant un mauvais *tere* ;
- attaque par le *nyama*, force agressive, vengeresse, libérée à la mort de tout être vivant ;
- colère des ancêtres ; - *jinèbana* ("maladie du génie") par rupture d'un pacte, d'un interdit, d'une obligation ou parce que le *jinè* a été dérangé, a eu des relations sexuelles avec la future mère...

Cet inventaire n'est certainement pas exhaustif mais illustre bien l'incompréhension qui peut régner entre le Français cartésien et le Malien imprégné depuis sa plus tendre enfance de ces notions. Nos explications scientifiques ne lui paraissent pas inexacts mais plutôt insuffisantes. Que le paludisme soit provoqué par le *Plasmodium*, pourquoi pas. Que le *Plasmodium falciparum* puisse être mortel, sans doute. Mais pourquoi Salif va décéder et pas Aliou alors qu'ils sont en bonne santé tous les deux avant la maladie ? Et pourquoi Salif et Aliou ont eu le *palu* et pas Aminata qui vit dans la même concession ? Et pourquoi le même traitement "occidental" a guéri Aliou et pas Salif ? Et pourquoi ce ne serait pas dû à un mauvais *tere* ?

La connaissance de cette représentation de la maladie permet de mieux comprendre que les tradithérapeutes constituent les premiers recours pour les Maliens, et tout particulièrement dans les campagnes. Eux seuls sauront apaiser la colère des "esprits" et lutter contre les maléfices. De plus, ils pratiquent une médecine "naturelle" qui recèle sans doute des possibilités thérapeutiques intéressantes. Les médecins des CSCOM seront consultés après l'échec de ces premiers intervenants. Notre rôle n'étant pas d'imposer nos références culturelles au Mali, même si leurs pratiques heurtent notre vision scientifique du monde, il faut certainement s'appuyer sur les médecins traditionnels pour toucher la population la plus large possible. Cette notion est actuellement reconnue par les organismes internationaux. Par exemple, le programme de prise en charge à base communautaire du VIH/SIDA dans la région de Koulikoro, financé par ARCAD/SIDA, réalisé par Enfants sans Frontières (<http://www.santede.org/esaf>), comporte un volet sensibilisation des tradithérapeutes.

Remerciements : Moussa Tati KÉÏTA, Sory TRAORÉ et Nanko MARIKO.
Auteurs : Didier LECAMUS et Jean-Charles LALLIER, Santé et Développement

Présentation du système de santé au Mali



1) la politique nationale de santé:

La constitution du Mali garantit le droit à la santé.

En 1991: libéralisation de la filière des soins de santé. L'initiative de Bamako **autorise l'exercice privé de la médecine, supprime le principe de gratuité des soins, et abolit le monopole de l'Etat sur les importations de médicaments.**

En 1996: loi sur la mutualité qui a permis le développement de nombreuses mutuelles de santé qui contribuent actuellement au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé au Mali.

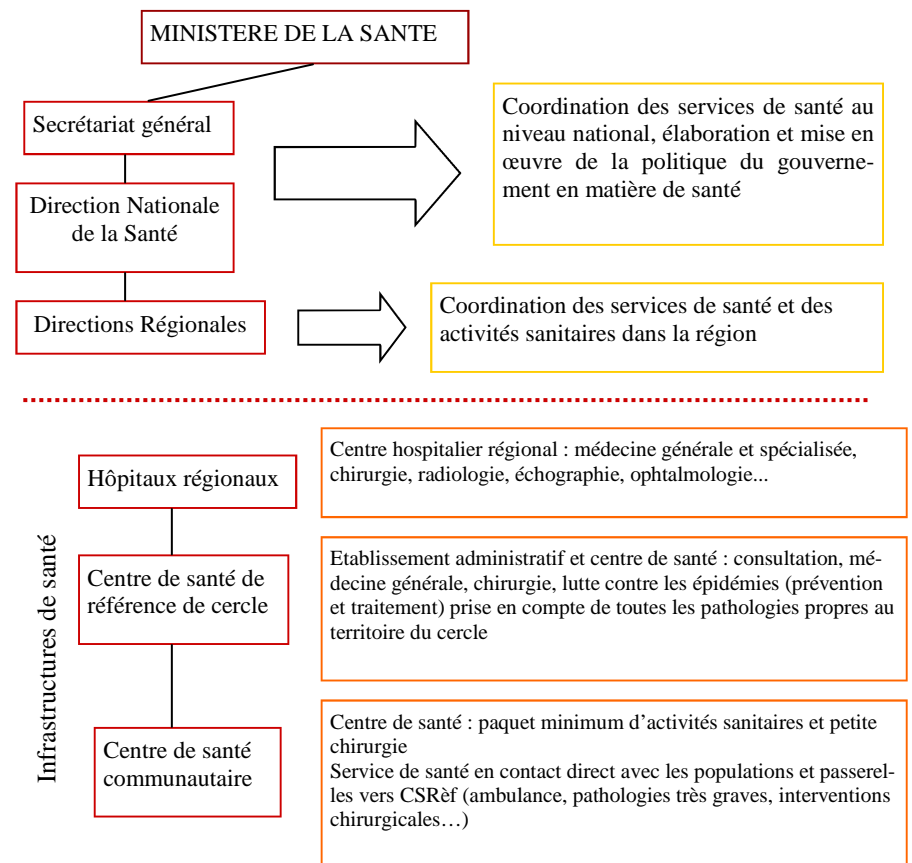
Le Mali a développé un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) dont les objectifs sont:

- * l'amélioration de la qualité des services et des soins
- * l'élargissement de la couverture sanitaire
- * la promotion de la santé de la reproduction

La mise en œuvre opérationnelle du PDDSS se fait à travers le "Programme de Développement Sanitaire et Social" 1998-2002 (PRODESS).

Nous sommes aujourd'hui dans la 2ème phase du programme PRODESS II. Cette 2ème phase est fortement inspirée des orientations du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP).

Le budget global de la santé était, en 2003, de CFA 42.566.216.000 (65 Millions d'euros). Ce budget est financé sur fond d'état et par les bailleurs bilatéraux et multilatéraux.



Les pages thématiques

La santé au Mali

Énumérer les maladies infectieuses possibles au Mali ressemble à un inventaire à la Prévert :

- des diarrhées par choléra,
 - fièvre typhoïde, dysenterie, amibiase,
 - tuberculose, lèpre,
 - SIDA,
 - tétanos, méningite à méningocoques, noma,
 - hépatites virales, poliomyélite aiguë, rage, fièvre jaune, rougeole,
 - paludisme, maladie du sommeil, leishmaniose, bilharziose, onchocercose, dracunculose, ankylostomiase, ascariadiase, anguillulose...
- S'ajoutent à ces infections fréquentes, la drépanocytose (anomalie sanguine responsable d'anémie et de nombreuses complications) et une malnutrition chronique (jusqu'à 40 % des enfants de moins de 5 ans dans le nord du Mali).

Certaines de ces maladies sont en net recul : la lèpre, la poliomyélite aiguë (pas de nouveau cas ces dernières années), la fièvre jaune et l'onchocercose (« cécité des rivières »).

3) La pyramide sanitaire au Mali

Au niveau du **secteur public**, il y a **3 hôpitaux nationaux** (hôpital national Gabriel Touré, du point G et de Kati) et **7 hôpitaux régionaux**.

Au-dessous des hôpitaux, se situent les **Centres de Santé de Référence (Csref)**, liés aux **directions régionales de la santé (DRS)** et présents dans chaque Cercle (équivalent d'un département en France). Leur rôle est d'agir en tant que **lien entre les centres de Santé Communautaires (Cscm) et les hôpitaux**.

La pyramide sanitaire fonctionne **par référencement de niveau à niveau** (niveau primaire Cscm, puis secondaire Csref, puis tertiaire hôpitaux). L'état fournit une dotation minimum en matériel de soins, de laboratoires etc... qui correspond aux activités que la structure doit prendre en charge en fonction de son niveau. Par exemple, un Cscm reçoit du matériel pour assurer un **paquet minimum d'activités (PMA)**: consultations, soins infirmiers et accouchements en matière de soins curatifs, vaccination, consultations infantiles et planning familial en matière de prévention. Si le patient nécessite des soins dépassant le PMA, il est référencé vers un Csref qui lui a une dotation pour des activités plus importantes.

Les Cscm sont gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

À chaque niveau du système de santé, le recouvrement des coûts est mis en place pour les consultations, les médicaments et tous les autres produits nécessaires pour les traitements.

Au **niveau privé**, "l'initiative de Bamako" a autorisé l'exercice privé de la médecine et a permis la création de cliniques, de cabinets et de laboratoires privés.



4 – Le circuit du médicament au Mali

Le secteur public doit recevoir ses approvisionnements de la **Pharmacie Populaire du Mali (PPM)** basée à Bamako. La PPM fournit des **médicaments génériques à tous les niveaux des secteurs publics et privés** de la santé via les magasins régionaux de la PPM (MRPPM).

Les besoins en médicaments sont exprimés aux niveaux les plus bas du système de santé malien (Cscm, Csref) puis sont remontés par étapes jusqu'à la PPM. Les réactifs de laboratoire sont fournis par le secteur privé.

Pour les maladies « dites sociales » (Lèpre, Tuberculose et HIV) les médicaments sont gérés à un niveau central par la Direction Nationale de la Santé (DNS). La DNS envoie les médicaments au niveau régional et ils sont alors distribués aux Csref. **Ces médicaments sont fournis à la population gratuitement.**

Le secteur privé fournit les médicaments en spécialité, le matériel de soin et les réactifs de laboratoire. Le circuit privé est très bien développé avec de très grosses structures comme laborex et MultiM approvisionnant l'ensemble du Mali en 24 h.

!! Attention, tous les dons de médicaments faits au Mali doivent être approuvés par la direction nationale de la pharmacie et du médicament (DPM) !!

Pour les autres, le constat est assez terrifiant et les conséquences catastrophiques : espérance de vie limitée (de 47 à 53 ans selon les sources) avec une mortalité infantile très importante (plus d'un enfant sur cinq meurt avant l'âge de 5 ans). Les femmes maliennes ont en moyenne 6,7 enfants (chiffre en baisse : 7,6 dans les années 70), l'accouchement restant une des premières causes de mortalité de la jeune femme avec 1 décès maternel pour 100 accouchements, par infection (entre autres tétanos) ou hémorragie.

Les diarrhées sont dues au « péril fécal » ainsi nommé car les germes présents dans les selles des malades sont absorbés par les futurs malades, le plus souvent pas transmission manuelle. Depuis plusieurs mois, l'Etat malien a lancé une grande campagne de lavage des mains pour lutter contre ce type de pathologie. Quelques années seront nécessaires pour estimer le résultat de cette action.

La tuberculose, maladie de la misère, est très répandue, favorisée également par l'immunodépression du SIDA. Le VIH touche officiellement 1,7 % de la population sachant que le dépistage n'est pas de pratique courante. Les anti-rétroviraux (traitement permettant actuellement de quasiment stopper l'évolution de la maladie) sont disponibles gratuitement. Malheureusement, les quelques études publiées montrent que l'observance du traitement est médiocre (moins de 50 % de patients prenant correctement leurs médicaments). L'implication de la famille est une des solutions préconisées par les auteurs africains de ces publications.

La méningite à méningocoques survient par bouffées épidémiques. Tout retard de diagnostic et de traitement engage le pronostic vital, ceci expliquant la forte mortalité de cette pathologie dans un pays comme le Mali où le tissu sanitaire est notoirement insuffisant.

Les pages thématiques

Le noma est une affection effroyable, survenant dans un contexte de malnutrition ou d'immunodépression (SIDA), réalisant une nécrose gangréneuse d'une partie de la face, avec une mortalité de 80 à 90 %. Les survivants souffrent de séquelles très importantes qui nécessitent une prise en charge complexe par des équipes de chirurgie maxillo-faciale. La prévention passe par une bonne hygiène bucco-dentaire et surtout une amélioration de l'état nutritionnel des enfants.

Les hépatites virales sont très fréquentes, responsables de cirrhose hépatique ou de cancer du foie.

La rage est présente dans les campagnes mais également dans les villes. Un article publié en 2006 recense au moins 10 cas de rage humaine, constamment mortelle faut de prise en charge adaptée, à Bamako entre 2000 et 2003.

La rougeole est actuellement combattue grâce à des campagnes de vaccination de masse, la dernière datant du début de l'année 2008 où près de 3 millions d'enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés contre la rougeole et contre la poliomyélite. En 1999, le nombre de cas de rougeole annuel était estimé à 240.000 avec environ 14.000 décès. Actuellement, la mortalité rougeoleuse a diminué de 75 % dans toute l'Afrique grâce à ces Journées Nationales de Vaccination organisées par l'OMS.

Au cours de ces journées de mobilisation, des moustiquaires imprégnées sont distribuées pour les enfants afin de lutter contre le paludisme qui reste la première cause de mortalité infantile. Le Plasmodium devient de plus en plus résistant et le Mali va être classé très prochainement en zone III pour la chimioprophylaxie. Il ne restera plus de pays africains en zone II, hormis Madagascar. L'utilisation intempestive et désordonnée de la nivaquine a favorisé l'émergence de souches résistantes. A noter que le même phénomène existe pour d'autres germes, des bactéries résistantes à la quasi-totalité des antibiotiques ont été isolées à Bamako ces dernières années.

La trypanosomiase (« maladie du sommeil ») ne repre-

sente plus un problème de santé publique au Mali mais il persiste de petits foyers, entre autres, dans les cercles de Kolondieba, Kenieba, Kati et Kolokani. A ce jour, il n'existe pas à notre connaissance de programme de lutte contre cette maladie alors que tous les facteurs écologiques et vectoriels sont réunis pour la résurgence de l'épidémie de trypanosomiase dans ses foyers historiques.

Au Mali existe également un insecte volant, plus petit qu'un moustique, se riant donc des moustiquaires, le phlébotome. Celui-ci peut inoculer un parasite (*Leishmania*) responsable d'une atteinte cutanée décrite sous le vocable « bouton d'Orient ». Cette maladie est relativement bénigne sauf chez les patients immunodéprimés (SIDA tout particulièrement).

Pour finir, citons les parasitoses transmises par voie oro-fécale (ascaridiase) ou transcutanée (bilharziose, dracunculose ou « ver de Guinée », anguillulose, ankylostomiase).

La plupart des pathologies que nous venons d'énumérer existent (tuberculose, SIDA, tétanos, méningocoque, hépatites virales, rougeole, leishmaniose, fièvre typhoïde, dysenterie, rage) ou ont existé (choléra, lèpre, noma, paludisme, ankylostomiase) sous nos latitudes. Leur gravité, leur fréquence et leur persistance sont essentiellement liées à la pauvreté. Hormis la vaccination contre la rougeole, le tétanos, la poliomyélite et les hépatites virales, l'amélioration du niveau de vie est l'élément clé pour obtenir une progression de l'état nutritionnel et une prise en charge plus rapide et efficace des pathologies.

Pour finir, selon l'index de développement humain qui tient compte de la santé, de l'éducation et du niveau de vie, sur les données de 2005, le Mali est classé 173e sur 177, suivi par le Niger, la Guinée-Bissau, le Burkina Faso et la Sierra Leone. Parmi ses voisins géographiques, le Sénégal est 156e, la Mauritanie 137e, l'Algérie 104e, la Guinée 160e et la Côte d'Ivoire 166e... Pour mémoire, la France est (seulement) 10e.

Jean-Charles LALLIER, Santé et Développement



Décharge jouxtant le CESCO



CESCO de Didieni (cercle de Kolokani / région Koulikoro)



CUF – Groupe pays Mali

- Prochaine rencontre du groupe pays Mali :
Judi 26 juin de 10h à 12h30 à CUF
9 rue Christiani 75018 PARIS

Brèves

📌 Annonce IDCG :

L'association "Initiatives pour le Développement de la Commune de Garalo" (IDCG) prépare un voyage par la route au mois de novembre 2008 et dispose d'assez de volume pour transporter du matériel. Elle pourrait donc acheminer du matériel pour une association moyennant une participation aux frais. Contact : Nassé Sangaré (président) 02 33 26 06 00

📌 Bienvenue à Mande Denw :

Cette jeune association existe depuis novembre 2007. Elle souhaite appuyer le développement de capacité de trois écoles proches de Bamako et est en recherche d'informations. Une mission est prévue en fin d'année 2008.

Groupe Coopération Renforcée

Le Groupe de Coopération Renforcée se réunit le vendredi 6 juin pour définir un programme de formation qui débutera probablement à la rentrée de septembre. Par ailleurs le travail sur le guide pratique se poursuit avec le groupe de travail constitué à cet effet.

Revue de presse malienne

● *Le premier ministre libyen s'est rendu au Mali du 8 au 9 mai pour discuter des accords de coopération bilatérale. Une convention de coopération a été signée.*

● *De l'uranium à Kidal : la région Est de Kidal est considérée comme potentiellement riche en uranium mais sous-exploitée. Une société australienne « Oklo limited uranium » a obtenu une autorisation d'exploration sur une superficie de 19390 km² au nord de Kidal.*

● *Visite du premier ministre tchèque pour relancer une coopération bilatérale.*

● *21 mai 2008 : attaque du camp militaire d'Abeibara par des rebelles touaregs. 10 morts et 31 blessés.*

● *Conflit au nord Mali : Les chefs des tribus dépêchés par Kadhaï tentent de convertir le chef rebelle Bahanga à la paix.*

● *27 mai 2008 : 4ème conférence internationale de Tokyo regroupant dirigeants africains et japonais sur le développement de l'Afrique.*

Vos projets, vos missions

Forages Mali

Mission en décembre 2007 qui a permis de définir en concertation avec tous les acteurs les priorités hydrauliques du village.

Association des Maliens de Normandie

Envoi de matériel médical à la ville de Kayes avec un groupe d'étudiants de l'école de commerce de Caen. Départ le 30 mai dernier.

Mamadou et Bineta

Mission 2007/2008 : Mise en place du prêt de livre à la bibliothèque et travail sur le respect du livre. Ateliers d'écriture avec les classes de 5^e et 6^e année. La formation pédagogique, assurée par un conseiller pédagogique malien a lieu deux fois par semaine et cela tout au long de l'année. La construction du bureau bibliothèque est en projet.

AJAK

Poursuite du jumelage suite au changement de l'équipe municipale. Projet d'un voyage découverte de 3 semaines. Création d'un centre de référence et formation de personnel.

Echange entre l'école d'infirmières : arrivée de 4 infirmiers maliens pendant un mois. Les étudiants d'Alençon seront accueillis au Mali en fin d'année.

Echange entre les lycées (15 jours en septembre), et organisation d'une journée africaine au même moment, en septembre avec des élèves de l'école de musique.

Envoi de jeunes de la PJJ en chantier.

Coup de main Afrique

Une machine à bois a été achetée. Une mission est à venir. Coup de main Afrique souhaite faire certifier les comptes sur place et éventuellement mettre en place un partenariat avec l'école qui vient d'être construite.

Mortagne au Perche / Mopti

Voyage découverte.

Projet d'assainissement de la ville de Mopti.

La Male Herbe

Voyage d'étude en novembre 2008 pour préparer le programme 2009 sur la comedia del arte avec l'association malimelo, qui organise un festival de théâtre francophone à partir de texte africain à Sibi.

ESF

Mission en juillet dans le cercle de Kati.

Teriya Ko

Equipements de 4 salles de classes et d'un dispensaire (pharmacie et frigo).

Parenthèse

Projet d'adduction d'eau/électrification pour le centre de santé et le laboratoire médical avec Santé Sud à Tingolé.

Santé et développement

Construction d'un centre de rééducation, en partenariat avec la faculté de médecine. Formation de jeunes internes, mission en chirurgie maxillofaciale fin d'année.

Des chambres d'hôtes à l'étage du centre de rééducation ont été construites pour financer la structure.

Jumelage Pays de la Marche/Koloningé

Appui à la mise en place d'un marché.