

Déséquilibre écologique et dévalorisation identitaire. Regard sur les programmes santé dans la région du Séno, Burkina Faso

Madina Querre



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/483>

ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Madina Querre, « Déséquilibre écologique et dévalorisation identitaire. Regard sur les programmes santé dans la région du Séno, Burkina Faso », *Face à face* [En ligne], 1 | 1999, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/483>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Déséquilibre écologique et dévalorisation identitaire. Regard sur les programmes santé dans la région du Séno, Burkina Faso

Madina Querre

- 1 La région du Séno, est l'une des plus défavorisée d'un Etat (le Burkina Faso), lui-même classé parmi les plus pauvres du monde. La plupart des indicateurs socio-économiques du Burkina Faso sont au-dessous de la moyenne de la sous-région ouest-africaine. Le Séno appartient à une zone sahélienne fragilisée par une crise économique persistante et un déséquilibre écologique important. La diminution de l'accès à l'eau, la défertilisation de la terre, le rassemblement des populations agro-pastorales sur des espaces plus réduits illustrent les difficultés auxquelles le Séno est confronté. " C'est la disponibilité en eau pour les besoins humains qui présente le cas le plus simple : quel que soit le type d'eau disponible, personne ne pourra en refuser l'accès ; la qualité passe d'ailleurs au second plan malgré les risques évidents de contamination " (CLAUDE, GROUZIS, MILLEVILLE, 1991 : 241). Si cela fragilise les populations par manque d'eau en quantité et en qualité, il en est de même en ce qui concerne les recours thérapeutiques : nombre de traitements se font à base de plantes qui se raréfient, tandis que l'exploitation des structures médicales est faible. Elle n'est évoquée lors des entretiens que dans le cas d'accidents graves, de maladies persistantes, etc. Du côté des services de santé, ils confirment que les malades arrivent souvent au stade critique. Un accouchement compliqué n'est généralement confié au service hospitalier qu'après deux jours de confirmation ; à ce délai, il faut ajouter le trajet en charrette qui peut être plus ou moins important.
- 2 Ainsi quelle que soit la couverture sanitaire, qui de surcroît est la plus faible du pays¹, son exploitation n'est pas une évidence et soulève de nombreux débats et programmes d'intervention. Partagé entre un discours international revendiquant la quantité et l'importance de programmes de développement, et un constat fort inquiétant du contexte

environnant à la santé des gens, un regard sur les programmes et les politiques de développement s'imposait, afin de percevoir si, comme l'exprimaient des " développeurs ", la " population " est réfractaire et pour quelles raisons, ou, à l'inverse, si ce sont les programmes qui ne sont pas totalement adaptés au contexte.

L'action gouvernementale et dévalorisation identitaire

- 3 En avril 1989, le gouvernement burkinabé a adopté l'Initiative de Bamako avec pour objectif " la santé pour tous d'ici l'an 2 000 " en favorisant la promotion de la santé des femmes et des enfants, la participation des communautés à la planification, l'exécution et le suivi du programme.

"Suite à la dévaluation du franc CFA et face à la montée des prix de médicaments, le Ministère de la santé a pris des mesures d'accélération de la mise en place de l'IB dans les provinces du Burkina Faso. Le processus de mise en place est en cours dans toutes les provinces du Burkina Faso et notre province d'étude (le Séno) est l'une des provinces pionnières." (Rapport du Ministère de la Santé, 1996 : 3).
- 4 En effet, Save the Children Fund/UK, partenaire de ce programme, finança un centre médical à Landamol, suite à une demande de la population locale.
- 5 De nombreuses formations furent apportées parallèlement à des actions de sensibilisation dans les villages voisins. Ensuite, le programme fut lancé officiellement le 10 juin 1995, avec l'ouverture d'un dépôt de médicaments. Le rapport du ministère montre une progression des consultations chez les adultes. Les enfants ont le taux de consultation le plus bas, confirmé par le discours des agents de santé. Les recours thérapeutiques sont différents. En refusant de considérer et d'écouter les patients par manque de formation, le corps médical passe à côté de nombreuses pathologies, notamment les maladies infantiles qui sont plutôt soignées par des marabouts ou des guérisseurs, à la demande des parents. Pour réduire ces problèmes, un programme avait été institué afin d'engager une collaboration entre les différents secteurs thérapeutiques, mais comme cela a été exprimé au centre médical de Gorgadji, "il faut qu'on se partage les compétences. On devait faire une réunion depuis quelques mois et on n'a pas le temps. Les guérisseurs demandent, mais nous on doit d'abord finir nos comptes... " Malgré une augmentation des consultations dans le centre médical, les conclusions amènent encore une fois à revoir la pertinence de ces politiques de prévention. Nous rapportons directement les recommandations qui concernent plus spécifiquement la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) autour de laquelle l'étude a été élaborée, et qui parlent d'elles-mêmes.
- 6 En premier lieu, la participation limitée des membres du comité de gestion du centre médical, amène à concevoir une formation de ceux-ci comme un préalable, avant la fourniture du stock de médicaments et le démarrage de l'Initiative de Bamako. En second lieu, une évaluation périodique sur son utilisation devrait être instituée pour réviser l'ordinogramme (qui n'est pas ou mal utilisé par le personnel). La participation active du personnel de santé à la révision de l'ordinogramme améliorera son utilisation. En troisième lieu apparaît une recommandation fondamentale : assurer la formation du personnel de santé à la gestion des médicaments. Ce qui exprime que durant ces années ils ne l'ont pas été, alors que cela faisait partie des priorités du projet. Le quatrième volet comporte la recommandation la plus étonnante : alphabétiser les membres du comité de gestion pour leur permettre d'élaborer des plans et des budgets annuels.

- 7 Viennent ensuite deux recommandations sur l'importance des activités préventives ainsi que la participation communautaire et l'instauration de la tarification des actes médicaux avec les communautés.
- 8 De son côté, le ministère de l'Action sociale à Dori, souligne la nécessité d'améliorer les conditions de vie sanitaire et l'intégration des adultes et des enfants en difficulté. Ce ministère est confronté à un manque patent de moyens, malgré l'adoption officielle de projets et une demande pressante. En effet, en milieu urbain viennent s'ajouter d'autres problèmes : les nouvelles formes de marginalisation qui accentuent la vulnérabilité de certains groupes face à la maladie (les handicapés, les jeunes filles mères, etc.).
- 9 C'est le secteur hospitalier qui s'avère le plus dynamique. Une active collaboration existait en 1994 avec un projet de Save the Children/FDC (Fondation de développement communautaire). Cette action portait sur la prévention de la malnutrition infantile, des maladies et des épidémies. En cas de maladie ou/et de malnutrition grave, un accueil était organisé dans l'enceinte de l'hôpital.
- 10 La prise en charge des enfants malnutris s'effectuait à l'aide du MISOLA, farine améliorée à base de produits régionaux, fabriquée et vendue au Service Médical Infantile (SMI) qui semblait fonctionner puisque le seuil d'autofinancement était atteint au bout de 6 mois (Coulibaly, 1992 : 81- 134). Mais à la fin du projet, correspondant à un changement de direction de l'hôpital, l'action fut interrompue, réduisant à néant le fonctionnement précédent, alors que l'équipe gestionnaire de ce système confirmait son efficacité ; à tel point qu'ils décidèrent de se constituer en association pour poursuivre l'activité. Malheureusement l'interruption du processus a annulé l'autofinancement.
- 11 Il est à retenir que ce résultat est en majorité dû à une absence de consultation entre les responsables et les pratiquants au sein du service hospitalier. Cette absence de communication apporte aussi une hypothèse d'interprétation de la relation entre le soignant et son patient : cette interaction est laissée à la compétence relationnelle de chaque soignant.
- 12 En effet, l'importance de la relation des agents de santé avec les malades peut être illustrée par cet exemple, où un nouvel obstétricien est envoyé dans un service. Il ne parle pas la langue, mais n'y voit aucun inconvénient, puisque la clientèle est analphabète, il suffit de lui apporter les soins de base, sans explication. Ces clients arrivent dans des conditions dramatiques, optant souvent pour l'hôpital dans un état d'urgence critique qui révèle selon ce praticien, le "caractère arriéré" des patients.
- 13 Ce discours qui considère les malades comme une masse, au lieu d'individus, (on pourrait même parler d'individu nié), révèle bien la part active de refus du médecin des comportements qui ne correspondent pas aux logiques qu'il s'est imposé comme étant "civilisées" ; un tel discours n'est d'autant pas justifié que même au sein du corps médical des perceptions et des interprétations subjectives ont une grande place :
- " Ses parents l'ont envoyée au village se faire soigner, mais elle est de retour à la maternité et maintenant c'est un vrai monstre : plus que des os, des seins et. un ventre.
- Elle est enceinte ?
- Oh oui ! Depuis plus d'un an. Ça traîne. Elle avait des pertes de sang, mais depuis son retour à Dori, sa grossesse prend forme enfin.
- Qui est le père ?
- Le militaire qui l'a ensorcelée. Dès sa première crise, elle criait son nom. Ça fait plus d'un an ; ça a bloqué la grossesse dans le ventre. Ça peut traîner longtemps. "

- 14 Ce discours d'un agent de santé révèle ces références causales sans logique scientifique. C'est aussi ce type de personnes qui prenaient le parti d'adopter l'écoute la plus proche du malade dans le but d'expliquer au mieux le processus thérapeutique. L'efficacité ne tient cependant qu'à la sensibilité du soignant, aucune formation de soutien n'étant donnée. Les programmes de santé sont souvent confrontés à ce problème sensible de la reconnaissance d'une implication de la communauté et du respect de l'individu interpellé directement au point le plus fort de sa vulnérabilité : son corps. Cela serait générateur d'une inhibition sans doute due au contact direct, par l'intermédiaire du corps, entre la communauté (groupe d'individus) et le corps médical. Ce dernier représente le savoir thérapeutique scientifique, et la communauté, un savoir non mesurable mais réel. Chaque individu, interlocuteur-consultant, est empreint de ce savoir communautaire, ainsi que de son propre savoir et pouvoir de décision. C'est un individu issu d'une communauté qui se rend à une consultation, porteur de perceptions et de comportements thérapeutiques propres à sa communauté et à lui-même, devenant un interlocuteur " mystérieux " pour l'agent de santé.
- 15 Deux perspectives peuvent en être dégagées : d'une part, la confrontation du médecin à un individu dont il ne connaît pas le degré de vulnérabilité et de réaction, d'autre part la confrontation du médecin et/ou agent de santé avec son propre savoir, dont la pertinence face à l'individu auquel il est confronté, n'est pas acquise.
- 16 Bryan TURNER (TURNER, 1992) exprime l'idée que le corps est un potentiel sur lequel s'élaborent les cultures. Selon lui ce " potentiel " se développe à travers les relations sociales. Un patient expose donc, à un réseau social différent (le " réseau " médical), son corps empreint de marques culturelles et personnelles. C'est la relation entre le malade et l'agent de santé qui est mise en jeu, impliquant les capacités de l'agent de santé, qui peuvent être soutenues par des formations. Mais bien souvent les projets optent pour des politiques et des programmes larges, adressés à des communautés plus qu'à des individus, cibles des programmes. Sans doute, la santé et la maladie posent-elles particulièrement ce problème, dû à l'implication directe d'individus face à d'autres individus autour du corps.
- 17 Du coup, c'est dans des programmes ou des politiques axés sur d'autres problématiques que l'approche se révèle actuellement plus pertinente.
- 18 C'est en effet, dans les dossiers du ministère de l'environnement et de l'eau, qu'apparaît une étude (Étude sur la perception des maladies d'origine hydrique, Ministère de la Santé, 1997) menée sur les conceptions biomédicales autour de l'eau, issue d'un constat d'inefficacité des campagnes d'animation pour la prise de conscience des dangers pour la santé que faisait courir une consommation d'eau non traitée et une mauvaise manipulation de l'eau potable. C'est donc une voie autre que la santé qui amène à prendre en compte l'individu dans sa communauté.
- 19 De cette situation, nous pouvons tirer deux enseignements saillants : d'une part la dévalorisation des identités culturelles locales, voire un relatif mépris de la part du corps médical, et d'autre part, une relative négation de l'individualité. Cette double impasse a les conséquences que l'on imagine dans le suivi et la prise en charge des patients du Séno.
- 20 L'étude du ministère a été envisagée en collaboration avec un organisme non-gouvernemental, car c'est au sein de ces organismes qu'apparaissent les initiatives de ce type.

L'implication non-gouvernementale

- 21 Le projet Save the Children/ FDC (fondation de développement communautaire) instaurait un système de suivi des enfants au sein de villages, organisé par des animateurs de la région, implantés dans des villages. De là, ils rayonnaient sur les villages voisins afin de suivre les pesées, les vaccinations et les soins. En cas de maladie ou/et de malnutrition grave, un accueil était organisé dans l'enceinte de l'hôpital. En comparant les entretiens avec les mères dans deux villages, l'un suivi, l'autre pas pour cause de rejet du programme, quelques faits significatifs sont mis en exergue. Dans le village " non suivi ", les entretiens avec les mères révélaient la perte quasi systématique d'au moins un enfant, ainsi que de nombreux avortements spontanés. L'observation révélait aussi des enfants plutôt en état de malnutrition légère dans ce village, tandis que l'autre village présentait des enfants particulièrement en bonne santé (état nutritionnel bon) et une dynamique des femmes ainsi que des hommes autour des activités de santé, notamment la pesée et la prise de vitamine A.
- 22 Ce programme s'est interrompu subitement, les Etats-Unis ayant modifié leur politique d'aide au développement en donnant la priorité aux programmes du Mali. L'action dans l'enceinte du service médical infantile et des villages s'est interrompue aussi vite, laissant les jeunes animateurs au chômage avec l'espoir qu'un nouveau projet verrait le jour et les emploierait, ce qui fut le cas pour certains. En ce qui concerne les évaluations ultérieures du village de S., il s'avère que le suivi des enfants après le départ de l'animatrice a échoué. En effet les dernières campagnes de vaccination avaient eu un des plus mauvais impacts de la région dans ce village. Ceci peut trouver une explication dans l'interruption précoce du projet qui n'avait permis d'élaborer le suivi par le village même et la réaction face à une interruption subite.
- 23 En ce qui concerne le village de K., suite au discours redondant des animateurs de quelques organismes à propos de leur caractère réfractaire, (tout le monde se faisant " aimablement reconduire "), de longs entretiens avec les femmes, les hommes et enfin les leaders sociaux, révélèrent un contexte politique complexe qui nécessite une petite explication historique.
- 24 Alors que le village était sous la responsabilité du Djoro, chef de village Peul, lui-même sous l'autorité du chef coutumier, le gouvernement révolutionnaire le destitua en 1983.
- 25 C'est K.F. Rimaïbé qui fut installé au poste de Délégué villageois, puis de Responsable administratif du village de 1983 à 1997. En 1997, il fut accusé de " faux et usages de faux ". Pendant cette période, la communauté s'était pliée aux " volontés politiques " tout en étant réfractaire à ce choix. Certains membres de son quartier l'ont rejoint parce qu'ils y voyaient un avantage économique. Des ventes de champs ou de bétail à l'insu des propriétaires étaient pratiquées sans qu'ils n'aient aucun recours face aux contacts politiques de ce dernier.
- 26 Quand enfin l'administration remplace K.F. par A.H., c'est un nouveau mouvement qui vit le jour. Les notables du village révélèrent une usurpation de nom de ce dernier au détriment de son cousin qui, lui, avait été choisi par la population. Il fut destitué un mois plus tard, le 8 novembre 1997, au profit du " vrai RAV " (responsable administratif villageois). Cependant, le 22 novembre, des représentants administratifs venus pour l'ouverture de la campagne de vaccination restituèrent le premier. Ainsi furent mises à

nu des tensions internes au village qui partagent les membres des quartiers en trois groupes, chacun revendiquant son pouvoir face aux autres, appuyés par diverses personnalités politiques. La conséquence directe sur les politiques de santé tentées dans ce village est une inefficacité totale, chaque projet voué à l'échec. Selon le partenaire villageois envisagé appartenant à l'un des mouvements, les autres se mobilisent pour détruire le projet.

- 27 La première campagne de vaccination efficace dans ce village eut lieu en 1996, suite à une épidémie de méningite qui avait fait de nombreuses victimes l'année précédente.
- 28 L'exemple de ce village n'est pas sans intérêt, car il soulève le problème de reconnaissance de la communauté par l'Etat, représenté par les administrateurs de Dori. Maintes fois ressortait dans le discours des villageois, la sensation d'être peu considérés et marginalisés dans les politiques du gouvernement. Tout cela a abouti à une faillite systématique de tout programme.
- 29 Dans ce secteur d'intervention, il s'avère que les programmes réussis dans le domaine de la santé sont souvent issus d'actions indirectes.
- 30 Save the Children Fund/UK s'est imposé par son efficacité, en formant des équipes actives de réparation de pompes hydrauliques. L'objectif de SCF/UK était le renforcement du système de maintenance des pompes manuelles et de le rendre le plus pérennisant possible. Un réel programme² a été envisagé de formation des équipes actives de réparateurs et de gestion communautaire, en échangeant avec les communautés pour dégager divers problèmes internes et des solutions, ceci dans l'optique d'un renforcement de la gestion communautaire pour prévoir une pérennité future. Par ce processus d'implication de la communauté considérée comme acteur, gestionnaire de la pompe, c'est aussi la gestion de la santé qui est impliquée, les individus eux-mêmes exerçant le pouvoir de décision.
- 31 Le programme de l'Association pour la Promotion de l'Elevage au Sahel et en Savane (APESS), sous l'égide de Boubacar Sadou Ly, est basé sur une politique similaire, dont nous ne rapporterons que les préceptes, car l'action de cette association mériterait une réelle étude, de par son étendue sur le terrain et son étanchéité vis-à-vis des autres structures (étatiques ou non gouvernementales). Au niveau national et international, de multiples débats empreints d'appréhension sont ainsi soulevés. Les acteurs du programme interviennent en effet directement dans le maximum de villages, au-delà des frontières burkinabé (Mali, Niger) afin d'étendre leur " philosophie " : " La culture (que nous définissons comme valeurs psychiques qui font que les peuples opèrent différemment les uns des autres, attachées aux possessions matérielles, aux relations humaines, aux activités intellectuelles créatrices et aux finalités de la vie) a comme fonction d'être le générateur des énergies vitales et évolutives des individus et des sociétés humaines. (...) Si l'Afrique se montre peu propice à la pénétration paisible et propre du développement externe qui " lui tombe dessus ", c'est qu'elle est en proie à une crise culturelle. (...) L'évolution de l'être humain et de la société humaine se base sur quatre éléments qui sont :
1. le rêve, c'est à dire l'idéal comme projet de vie ;
 2. le potentiel inné ou étincelle divine qui est un talent individuel (ou spécifique à la culture) se présentant très différemment d'une personne (ou culture) à une autre ;
 3. la qualification ou éveil au grandissement du potentiel par l'apport de connaissances adéquates ;

4. les valeurs culturelles intégrées qui amènent l'Homme à se dépasser.
- 32 Dans cette optique, il organise des formations. Les femmes sont les cibles premières (bien qu'à présent le nouveau programme consiste en la prise en charge de la formation des enfants), et si nous insistons sur son approche, c'est parce qu'outre les activités de développement économique, c'est tout le comportement de la femme qui est dirigé, ainsi que le rapport à la santé. Selon son enseignement, la santé et la maladie sont " des phénomènes d'énergie concentrée. La maladie correspond à une baisse d'énergie qui affaiblit l'organisme. Cela permet aux facteurs nocifs de prendre le dessus. La maladie peut se comprendre comme résultant des doutes qui déséquilibrent l'individu. Si les femmes douées d'une énergie régénératrice savent comment rendre la confiance au malade, elles peuvent avoir des résultats particuliers dans le domaine médical. (...) Son humeur prédomine sur les autres, elle peut revigorer ou assommer tout le monde ".
- 33 Outre ces formations, une grande assemblée annuelle rassemble des représentants de chaque région afin qu'ils propagent les messages dégagés lors de sessions de travail commun.
- 34 La santé est ici englobée dans un discours qui implique tout le comportement social, rien n'est dissocié ; or jusqu'à présent cette politique d'action semble avoir un impact régional (sahélien) non négligeable qui nécessiterait une étude approfondie.
- 35 La plupart des organismes (Save the Children/UK, la GTZ, l'UNSO, etc.) intervenant dans cette région, optent actuellement pour une réorientation de leurs programmes autour d'une participation active de la communauté et intégrant les divers volets sociaux du processus de développement, dont la santé. Cette dynamique, en collaboration fréquente avec le ministère de la santé est importante. En considérant la politique gouvernementale du ministère de la Santé, la région sahélienne ne fera pas partie des nouvelles options d'intervention car elle ne répond pas aux critères minimaux requis pour pouvoir bénéficier du programme de décentralisation. Bien que le Liptako-Gourma ait réussi à rassembler les fonds pour rénover les centres hospitaliers régionaux de Dori et de Djibo, tous les critères ne seront pas rassemblés ; ce qui veut dire aussi qu'aucun programme gouvernemental n'est et ne sera tourné vers cette région.
- 36 Ceci pose le problème de la place de l'Etat, tel que l'a soulevé J.B. OUEDRAOUGO, qui le présente " comme un lieu neutre, également disponible à tous, arbitre d'une compétition loyale, mais qui est appréhendé par les paysans (..) comme une instance privée qui prend partie(..) Cette perception, justifiée ou non, favorise une délégitimation de l'Etat, en créant, du même coup, un sentiment d'exclusion et d'injustice. (...) Une des conséquences du développement de cette conception de l'Etat est la limitation de la sacralisation de la loi et du droit, si tant est qu'elle ait jamais existé, ainsi que des coordonnées morales qu'ils sont censés exprimer. (...) Une faillite de la " rationalisation " étatique laisse se développer des " discours " concurrents et accusateurs sur la manière de " régler " les relations sociales ". (Ouedraougo, 1997 : 133)
- 37 Cette analyse contribue à expliquer l'importance que prend le discours de l'APESS (Association pour la Promotion de l'Elevage au Sahel et en Savane), et les craintes exprimées par les organismes présents sur place, ainsi que la difficulté d'implantation des programmes d'organismes partenaires de structures liées à l'Etat.
- 38 Cela explique aussi la raison pour laquelle notre propos n'aborde pas le problème du sida, qui encore aujourd'hui est " nié par l'État ", aucun programme de prévention ou de sensibilisation n'est appliqué dans la région et Alice DESCLAUX (DESCLAUX, 1997) confirme

une attitude passive de l'Etat. Les seules tentatives de sensibilisation dans la région appartiennent à des citoyens rassemblés en associations, sans aucun soutien.

BIBLIOGRAPHIE

CLAUDE J., GROUZIS M., MILLEVILLE P., *Un espace sahélien. La mare d'Oursi. Burkina Faso*, Paris : éd. Orstom, 1991.

COULIBALY J., " A propos du MISOLA ", in *Les enfants du Sahel*, sous la dir. de BESSIS S., Paris : l'Harmattan, 1992, p. 81-134.

DESCLAUX Alice, *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Université Aix-Marseille III, 1997.

Etude sur la perception des maladies d'origine hydrique, Ministère de la santé et de l'eau du Burkina Faso et Assistance danoise à la coopération interne pour le développement/DANIDA, Dori, mai 1997.

OUEDRAOUGO J.B., *Violences et communautés en Afrique noire. La région Comoé entre règles de concurrence et logiques de destruction (Burkina Faso)*, Paris : L'Harmattan, 1997.

TURNER BRYAN S., *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, London : Routledge ; Paris : coll. DACS and ADAGP, 1992.

NOTES

1. La ville de Dori est équipée d'un centre hospitalier régional (CHR) pour une population estimée en 1995 à 99 866 habitants, sur une superficie de 13 470 km². Les taux relevés par le ministère de la santé (rapport de 1996) sont les plus faibles du pays :

-La couverture en antigène DTC/P3 des enfants de 0 à 11 mois est de 9,62 % pour une moyenne nationale de 40,70 %

- La couverture prénatale est de 18,6 % pour une moyenne nationale de 45,86 %

- Le nombre moyen de consultants journaliers par CSPS est de 9

- Le ratio médecin par habitant est d'1 médecin pour 100 000 habitants. Moyenne nationale : 1 pour 30 000 habitants

- La couverture en formation sanitaire est d'un CSPS pour 25 000 habitants

- Le rayon d'action moyen par CSPS est de 21 km pour une moyenne nationale de 10 km - Aucun dépôt public fonctionnel de vente de médicaments n'existait en 1994. En 1998, la pharmacie de l'hôpital s'est constituée en dépôt public pour toute la région. Rapport du Ministère de la santé L'Initiative de Bamako, 1996, p.3.

2. Entre 1993 et 1996, le taux de fonctionnement des pompes est passé de 67 % à 74 %. La région comptabilise fin 1996 1800 forages effectifs, dont 980 au Séno/Yaaga. Doc. de base de l'atelier de Dori du 19-21 mars 1997, Tom Skitt Systèmes de maintenance des pompes manuelles au Sahel.